PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny
TOM II. ZESZYT III. MAJ. CZERWIEC. 1910.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału ginekologicznego szpitala miejskiego imienia Cesarzewicza Aleksandra w Kijowie.

Przypadek wypadnięcia przez cewkę moczową torbieli ujścia moczowodu u kobiety 30-o letniej.

(Stenosis congenita ostiorum ureterum bilateralis subsequente dilatatione cystica eorundem. Prolapsus cystis ostii ureteris dextri per urethram. Repositio. Excisio cystis per sectionem altam. Sanatio).

Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Polskiego Tow. Lek. w Kijowie d. 15 grudnia 1909 r.

podał

MICHAŁ PIETKIEWICZ.

Dnia 31 sierpnia 1909 r. o godz. 11 zrana przywieziono do oddziału ginekologicznego włościankę gub. Permskiej Aleksandrę S., która z trudnością trzymała się na nogach z powodu silnego bólu w okolicy nadłonowej i w zewnętrznych częściach narządu moczowopłciowego. Zachorowała w przeddzień przybycia do szpitala.

Z wywiadów dowiedziałem się co następuje.

Chora cieszyła się zazwyczaj niezłym stanem zdrowia. Będąc dzieckiem, przebyła odrę; innych chorób dziecinnych nie pamięta. W 25-m roku życia chorowała na zapalenie płuc. Miesiączkować zaczęła w 14-m roku życia. Miesiączkowanie odbywało się co 4 tygodnie i trwało 5 dni, poprzedzane zawsze bólami w podbrzuszu i w krzyżu. Chora urodziła raz jeden, przed 6 laty; poród był ciężki, odbył się jednak bez pomocy lekarskiej. W okresie poporodowym powikłań nie było. Chora karmiła dziecko

swoją piersią w ciągu roku. Potem rozpoczęły się znów miesiączki prawidłowe, co 4 tygodnie, trwające 3 dni. Ostatnia miesiączka odbyła się 17—19 VIII 1909.

W ciągu wielu lat chora podlegała od czasu do czasu napadom gorączki, o tyle lekkiej, że nie zachodziła potrzeba leżenia w łóżku. Gorączka trwała zwykle jeden tylko dzień i ustępowała za każdym razem po użyciu chiny. Mniej więcej od roku chora zaczęła doznawać od czasu do czasu bólu nieznacznego w prawem podżebrzu i w krzyżach. W lewym boku nigdy żadnego bólu nie doświadczała. Pół roku temu, po upadnięciu, zjawiły się silne bóle w czasie oddawania moczu i mocz był zabarwiony krwią. Te objawy trwały w ciągu trzech dni. Od tego czasu nie było aż do chwili obecnej żadnych zaburzeń ze strony narządów moczowych. Na parę dni przed przybyciem do szpitala chora doświadczała uczucia, jakoby jej coś zawadzało w moczeniu, ale bez najmniejszego bólu.

Dnia 30 sierpnia o godz. 2-ej po południu chora podniosła ciężki kufer i w czasie tego wysiłku fizycznego uczuła nagle bardzo silny ból w okolicy nadłonowej i w prawej pachwinie; jednocześnie zjawił się guz w szparze sromowej. W następstwie zaczęło się krwawienie z narządu moczowo-płciowego. Chora dostała zawrotu głowy i zemdlała. Odzyskawszy przytomność dopiero po 3-ch godzinach, uczuwała wciąż jeszcze silne bóle i parcie na mocz. Krwawienie ku wieczorowi ustało; natomiast zjawiła się biegunka, która trwała całą noc. Mocz wydzielał się małemi porcyami z wielką trudnością i z napadami gwałtownego bólu.

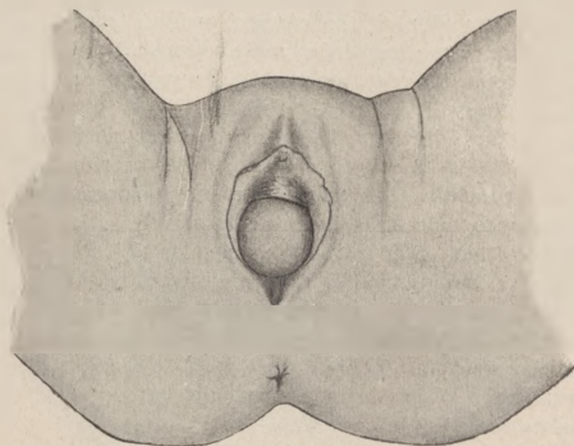
Stan obecny. D. 31 sierpnia. Chora 30 l., kucharka, wzrostu wysokiego, szczupła, odżywiania miernego. W sercu i płucach żadnych zmian nie znaleziono. Brzuch miękki i niebolesny z wyjątkiem prawego podżebrza i okolicy nadłonowej, która jest bardzo wrażliwa na ucisk, szczególnie na prawej stronie. Wątroba i śledziona nie powiększone. Nerek nie wyczuwa się. Twarz znamionuje cierpienie. Chora wciąż jęczy. Ciepłota 38,0°. Tętno 120 uderzeń na minutę, bardzo słabego napięcia.

Narządy zewnętrzne płciowe bez zmian; pęknięcia krocza niema. Pomiędzy wargami dużemi widać guz, pokryty skrzepami krwi. Po obmyciu sromu i usunięciu skrzepów i zeschłej krwi znalazłem co następuje:

Z ujścia zewnętrznego cewki moczowej, znacznie rozszerzonej, wypukla się guz kształtu kulistego, wielkości dużej śliwki, o szerokiej szypule. Powierzchnia guza barwy ciemnoczerwonej, miejscami zczerniała wskutek martwicy powierzchownej warstwy tkanki, nierówna, usiana guziczkami zlekka wypukłymi. Guz miękki, poddaje się łatwo uciskowi i sprawia wrażenie narządu torbielowego o grubych ścianach. (Patrz rys. № 1).

Odprowadzenie guza do pęcherza moczowego. Ponieważ niepodobna było na razie zdać sobie spawy, z jakiego rodzaju guzem mamy do czynienia, postanowiłem odprowadzić go przez cewkę moczową do pęcherza w celu usunięcia objawów uwięźnienia, trwającego prawie całą dobę. Wobec tego, iż brzegi cewki moczowej zaciskały mocno szypułę guza i chora zachowywała się niespokojnie, byłem zmuszony wykonać zamierzony rękoczyn w lekkiem uśpieniu chorej chloroformem. Przedewszystkiem nałożyłem na wolny brzeg ujścia cewki moczowej z 4-ch stron po jednym szwie

z grubego jedwabiu o długich końcach, za pomocą których pomocnicy unieruchomili cewkę moczową i jednocześnie rozszerzali jej ujście. Owinąwszy guz gazą wyjałowioną zacząłem uciskać go ostrożnie, pchając w kierunku otworu cewki. W ten sposób udało mi się bez wielkiej trudności odprowadzić guz do pęcherza moczowego, poczem wylała się z pęcherza duża ilość moczu. Pęcherz przemyłem kilkakrotnie 3% roztworem kwasu borowego, a potem roztworem sublimatu (1 : 10.000). Cewka moczowa przepuszczała z łatwością mały palec, którym wyczułem na dnie z prawej strony, blizko zwieracza wewnętrznego, wypuklenie ściany mniej więcej tej samej wielkości, jak ów guz, który poprzednio znajdował się zewnętrznie. Po powtórnem dokładnem przemyciu pęcherza wprowadzono do niego cewnik na stałe. Szwy z górnego i dolnego brzegu ujścia cewki moczowej zostały usunięte, boczne zaś związałem jeden z drugim w celu zmniejszenia światła cewki i unieruchomienia cewnika.



Rys. № 1.

Po ukończeniu opisanego rękoczynu, zbadałem wewnętrzne narządy płciowe, gdzie nie znalazłem żadnych nieprawidłowości.

Chora, obudziwszy się z uśpienia, czuła się zadawalająco; wszelkie dolegliwości ustały zupełnie. Ku wieczorowi zaczęła uskarżać się na ból w prawem podżebrzu. Ciepłota 39,4°.

D. 1 września. Ból w prawym boku zwiększył się znacznie. Prawa nerka wyczuwa się wyraźnie; jest powiększona i bardzo bolesna. Ilość dobowa moczu 1100 ctm. sz. Mocz zabarwiony krwią. Pęcherz mocz. przemyto roztworem kwasu borowego. Okład na prawy bok. Wewnątrz: Urotropini 0,5 Saloli 0,3, trzy razy dziennie. Woda borżomska. Ciepłota 37,4 — 38,3°.

D. 2 września. Ból w prawym boku zmniejszył się. Stan ogólny zadawalający. Zjawiła się miesiączka. Leczenie jak wyżej. Ciepłota 38,3 — 38,9°.

D. 3 września. Wygląd chorej i samopoczucie zadawalające. W prawym boku bolesność nieznaczna. Leczenie jak wyżej. Ciepłota 38,0—36,7°. Szwy z cewki moczowej usunięto.

Oględziny wnętrza pęcherza mocz. Pojemność pęcherza moczowego 300 ctm. sz. Na dnie pęcherza, w pobliżu zwieracza, wziernik pęcherzowy (cystoskop) wykrywa duży guz kulisty o szerokiej szypule. Powierzchnia guza nierówna, w wielu miejscach pozbawiona nabłonka i pokryta białawym nalotem. Guz zajmuje miejsce, gdzie powinno znajdować się ujście prawego moczowodu i pokrywa znaczną część trójkąta Lieutauda. Ani brodawki, ani ujścia prawego moczowodu nie znalazłem. Błona śluzowa pęcherza mocz. w okolicy guza przekrwiona i obkrzękła, w innych zaś miejscach prawidłowa. Brodawka lewego moczowodu wypukla się znacznie — na kształt stożka, wielkości dużego grochu. Oświecana cystoskopem, brodawka nie prześwieca, co dowodzi, iż grubość jej ściany jest dość znaczna. Na szczycie wypukłości stożkowatej widać zagłębienie, w którem z trudnością zauważyć można bardzo małe, okrągłe ujście moczowodu. Pod wpływem ruchu robaczkowego moczowodu wypukłość stożkowata zmienia od czasu do czasu swój kształt i objętość, bądź zwiększając się i wydłużając w kierunku podłużnym, bądź zmniejszając się i skrócając. Te zjawiska powtarzają się 2—3 razy na minutę, i za każdym razem w okresie zmniejszania się wypukłości wytryskuje z ujścia moczowodu cienki strumień przezroczystego moczu. (Patrz rys. № 2).

D. 4—6 września. Stan zdrowia zadawalający. Ból w prawym boku ustał. Mocz mętny, bez domieszki krwi. Miesiączka trwa. Ciepłota nieco powiększona, maximum 38,0°. Leczenie jak wyżej.

D. 7 września. Cewnik usunięto. Oddając mocz, chora doświadcza boleści. Miesiączka ustała. Leczenie jak wyżej. Ciepłota 36,5—38,3°.

D. 8 września. W czasie moczenia bóle bardzo silne. Okolica nadłonowa bolesna na dotyk. Ciepłota 37,0—39,2°.

D. 9 września. Ciepłota 38,3—39,4. Oglądając pęcherz mocz. wziernikiem, znalazłem na ogół takie same zmiany, jakie były 3 września. Powierzchnia guza pokryta płatami oddzielającej się zmartwiałej śluzówki.

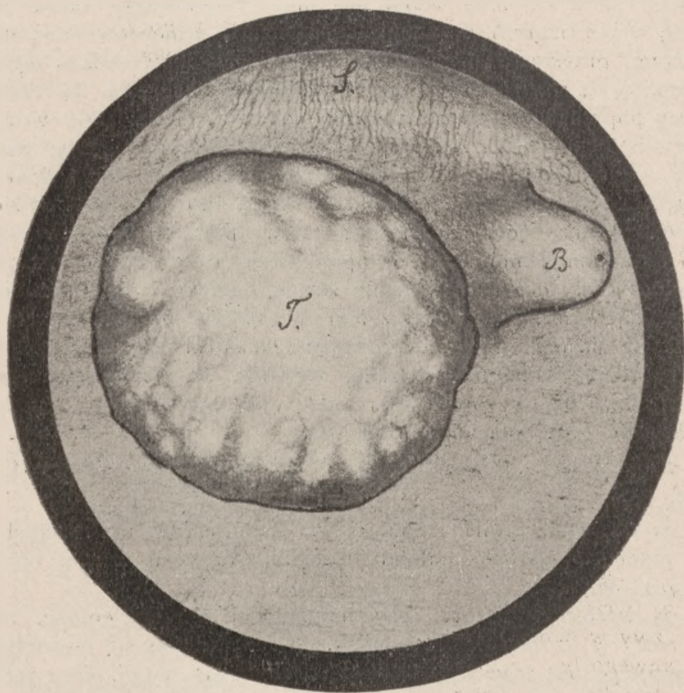
D. 10 i 11 września. Ból w okolicy pęcherza moczowego trwa w dalszym ciągu. Moczenie bolesne. Pęcherz przemywa się codziennie roztworem kwasu borowego. Ciepłota 36,8—38,6°.

D. 12—15 września. Bolesność mniejsza. Pęcherz przemywa się co drugi dzień roztworem azotanu srebrowego 1 : 2000. Ciepłota maximum 38,1°.

D. 16—20 września. Bolesności niema wcale. Ogólny stan dobry. Ciepłota prawidłowa.

D. 21 września. Cięcie nadłonowe. Uśpienie eterowo-chloroformowe. Pęcherz moczowy został poprzednio napełniony roztworem kwasu borowego; do pochwy umieszczono kolpeurynter, napełniony roztworem formaliny.

Cięcie skóry — poprzeczne półkoliste ponad spojeniem łonowem. Powięź i mięsnie rozciąłem w kierunku podłużnym, w kresie białej. Po otwarciu pęcherza cięciem w kierunku strzałkowym znalazłem na dnie jego w miejscu, dokładnie określonem podczas badania wziernikiem pęcherzowym, guz wielkości dużej sliwki o szerokiej podstawie, mającej jednak nieco większy wymiar, niż sam guz. Spójność ścian guza i zabarwienie jego nie wyróżniały się prawie od otaczającej śluzówki pęcherza. Po wpro-



Rys. № 2.

wadzeniu cewnika do pęcherza przez cewkę stwierdziłem, że guz znajduje się w odległości 1 ctm. od wewnętrznego zwieracza. Dużo czasu zajęły poszukiwania ujść moczowodów. Ujścia prawego moczowodu nie udało się znaleźć. Ujście moczowodu lewego zostało ujawnione tylko wówczas, gdy, po dokładnem osuszeniu śluzówki, zjawiła się kropelka moczu na lewej części końcowej więzu międzymoczowodowego, brodawki zaś moczowodu, widzianej tak dokładnie za pomocą wziernika pęcherzowego, nie podobna było znaleźć wśród fałdów i nierówności błony śluzowej. Po ujęciu guza szczypczykami i lekkiem pociągnięciu ku górze oderwała się część ściany jego; wówczas okazało się, że guz zawiera jamę, wysłaną błoną śluzową.

Palec, wprowadzony do jamy guza, wdrążył bez najmniejszej przeszkody w całej swej długości do szerokiego kanału, idącego pod pęcherzem ku górze i na prawo, t. j. w kierunku, odpowiadającym przebiegowi prawego moczowodu. Ściana kanału była zupełnie gładka i równomiernie rozszerzona; palec wskazujący, długości 8 ½ ctm, nie dosięgnął nigdzie miejsca zwężonego.

Następnie wprowadziłem do kanału cewnik miękki № 15; również dał się on wprowadzić bez przeszkody w całej swej długości (około 30 ctm). Po wprowadzeniu cewnika zacisnąłem wolny jego koniec i po wyjęciu zauważyłem, że z cewnika wylał się mocz z domieszką krwi. Przekonawszy się w ten sposób, że mam do czynienia z moczowodem, znacznie rozszerzonym, przystąpiłem do usunięcia guza. Ponieważ ściana tegoż była dosyć gruba (3—4 milimetrów) i silnie krwawiła, odcinałem ją częściowo, nałożywszy poprzednio szwy ze struny u podstawy guza. Igłę wkłuwałem od strony śluzówki pęcherza i wyprowadzałem do jamy guza; następnie odcinałem odpowiednią część ściany i natychmiast zawiązywałem szew. W ten sposób usuwałem jeden odcinek ściany po drugim bez znacznej utraty krwi. Po usunięciu całości pozostał w miejscu guza otwór ziejący, wielkości co najmniej monety 20-o kopiejkowej. Brzegi otworu, t. j. ujścia moczowodu, zostały dokładnie obszyte struną; ogółem było nałożone około 12 szwów. Pęcherz moczowy zeszyłem w sposób zwykły szwem dwupiętrowym ze struny nie przekłuwając śluzówki pęcherza, następnie mięśnie i powięź brzuszną — struną, wreszcie skórę — jedwabiem. Do przestrzeni Retziusa wprowadziłem mały pas muślinu, do pęcherza zaś cewnik na stałe. Ciepłota wieczorem 37,0.

D. 22 września. Bólów niema. Mocz zabarwiony krwią. Ciepłota 37,4—38,2.

D. 23 września. Zmiana opatrunku. Rana sucha, ma wygląd dobry. Pęcherz przemyto bardzo małemi ilościami roztworu kwasu borowego. Ciepłota 37,2—38,7.

D. 24 września. Brzegi rany nadłonowej zaczerwienione, bolesne. Zdjęto 3 szwy w okolicy paska muślinu. Z rany wylała się niewielka ilość płynu krwawego bez zapachu. Pęcherz przemyto jak wyżej. Mocz zabarwiony krwią. Ciepłota 37,3—39,3.

D 12 września. Zmiana opatrunku i paska muślinu. Wygląd rany dobry. W czasie zmiany cewnika zjawiło się silne parcie na mocz i wślad za tem zaczęły wydzielać się przez cewkę moczową skrzepy krwi znacznej wielkości. Te objawy trwały, z przestankami, od godz. 11 zrana do 6-ej wiecz. Cewnik usunięto. Czopek z morfiną. Extr. fl. Hydrast. canad. wewnątrz. Ciepłota 37,5—37,3.

D. 24 września. Mocz silnie zabarwiony krwią, skrzepów niema. Pęcherz przemyto 2% roztworem rezorcyny. Cewnik na stałe. Ciepłota 36,9—37,6.

D. 27 września. To samo. Ciepłota 36,5—37,0.

D. 28 września. Mocz nieznacznie zabarwiony krwią. Zmiana opatrunku. Ciepłota 36,3—36,7.

D. 29 września. Usunięto wszystkie szwy. Rychłozrost. Zmiana paska muślinu. Mocz niezabarwiony krwią. Ciepłota 36,6—36,8.

D. 30 września. Cewnik usunięto. Ciepłota 36,8—37,0.

D. 1—6 października. Stan zdrowia i samopoczucie zadawalające. Łaknienie dobre. Mocz zlekka mętnawy. Ciepłota prawidłowa.

D. 7 października. Dreszcz, ból głowy, bolesność w okolicy nadłonowej. Aspirini 0,3. Ciepłota 37,5—38,3.

D. 8 października. To samo. Ciepłota 37,8—38,8.

D. 9 października. Stan lepszy. Bólu niema. Ciepłota 37,2—37,5.

Pojemność pęcherza moczowego 250 ctm. sz. Oględziny wziernikiem pęcherzowym pokazały, co następuje. Błona śluzowa prawidłowa. U szczytu pęcherza, w miejscu, gdzie było cięcie, widać bliznę nakształt kresy, różowego koloru; odczynu ze strony otaczającej śluzówki niema. Brodawka lewego moczowodu ma takiż wygląd, jak opisano d. 3 września. W miejscu, gdzie poprzednio był guz, widać duży otwór podłużny, ziejący, o brzegach nierównych, na których zarysowują się wyraźnie małe zagłębienia, pozostałe po szwach. Nitki struny wessały się bez śladu. Światło ujścia prawego moczowodu zmiejszyło się znacznie od czasu operacyi. W środkowej części trójkąta Lieutauda, w pobliżu zwieracza, widać dosyć duży obrzęk śluzówki. Z ujścia prawego moczowodu wydziela się mocz mętnawy z małymi płatkami śluzu. Z ujścia lewego moczowodu wydziela się mocz przezroczysty. (Patrz rys. № 3).

D. 10 października. Dreszcz. Ból w okolicy lewej nerki. Ciepłota 37,1—39,3.

D. 11 października. Silny ból w lewej nerce. Ciepłota 37,5—37,8.

D. 12 października. Ból zmniejszył się. Ciepłota 36,8—37,1.

D. 13 października. To samo. Ciepłota 37,0—38,4.

D. 14. października. Nieznaczna bolesność w lewej nerce. Ciepłota 36,3—37,8.

D. 15 października. To samo. Ciepłota 36,2—37,6.

D. 16—20 października. Bólu niema. Ciepłota prawidłowa.

D. 21 października. Chora opuściła szpital w stanie zdrowia zadawalającym.

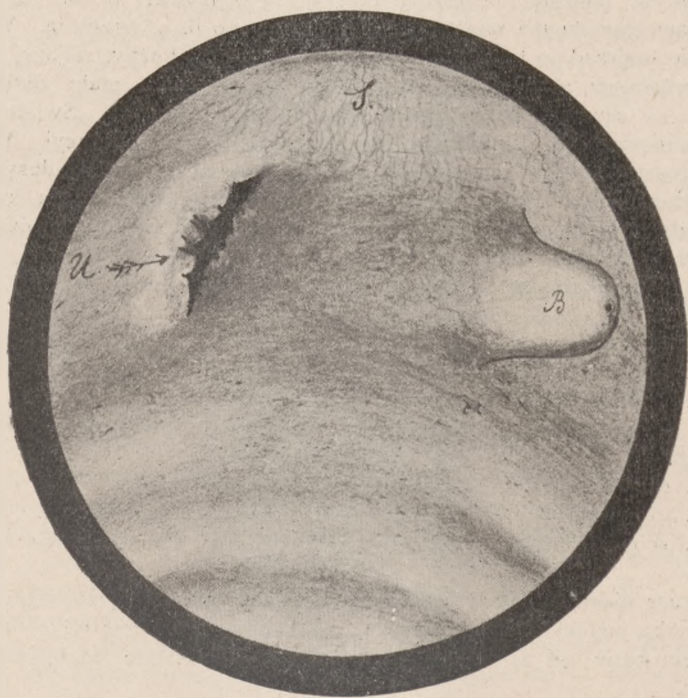
Skarg niema żadnych. Moczenie odbywa się bez najmniejszego bólu. Mocz zlekka mętnawy. Rana brzuszna zabliźniła się dobrze; tylko na kresie białej, tam gdzie był pasek muślinu, pozostało niewielkie zagłębienie niezagojone.

D. 29 października. Pojemność pęcherza moczowego 300 ctm. sz. Za pomocą wziernika pęcherzowego znaleziono, co następuje. Śluzówka prawidłowa. Ujście prawego moczowodu zmniejszyło się od czasu ostatniego badania; brzegi ujścia zbliżyły się do siebie i nie tworzą ziejącego otworu, jak to było poprzednio; mocz wydziela się z ujścia peryodycznie silnymi rzutami. Zagłębienia na brzegach ujścia, pozostałe po szwach, są ledwie dostrzegalne. Brodawka lewego moczowodu nie zmieniła się w niczem od czasu badań poprzednich. Obrzęk śluzówki w okolicy zwieracza zmniejszył się znacznie.

Badanie moczu wykonał Dr. A. Modrzewski.

Mocz z pęcherza mętny, barwy blado-żółtej. Odczyn kwaśny. Ciężar gatunkowy 1004. Białka ślady. W osadzie centryfugowym: w miernej liczbie komórki nabłonkowe płaskie, wielokątne i rzadko okrągłe, bardzo rzadko ogoniaste. Leukocyty: 100—150 w polu widzenia. Erytrocytów, wałeczków i t. d. nie znaleziono.

Mocz z prawego moczowodu mętnawy, barwy wodnisto bladej. Odczyn zlekka zasadowy. Białka $0{,}05\,^{0}/_{00}$. W osadzie centryfugowym: w miernej liczbie komórki nabłonkowe płaskie wielokątne i zrzadka okragłe, bardzo rzadko ogoniaste. Leukocyty: 40—50 w polu widzenia. Erytrocytów, wałeczków i t. d. nie znaleziono.



Rys. № 3.

Badanie drobnowidzowe ściany torbieli ujścia moczowodu. Skrawki drobnowidzowe były zrobione w pracowni prozektora szpitala miejskiego D-ra J. Kwiatkowskiego.

Grubość ściany torbieli wynosi 3—4 milimetrów. Powierzchnia ich zewnętrzna i wewnętrzna pokryta śluzówką. Śluzówka miejscami zmartwiała i powleczona cienkim pokładem włóknika. Nabłonek został zachowany

w niewielu miejscach. Tkanka podśluzowa z obu stron zawiera dużą liczbę leukocytów i znacznie rozszerzonych naczyń chłonnych; w niektórych miejscach — niewielkie zbiorowiska czerwonych ciałek krwi. Powierzchnia śluzówki od strony pęcherza jak również i od strony moczowodu tworzy miejscami dosyć głębokie zatoki. W środku ściany znajduje się nieznaczna ilość luźnej tkanki łącznej i dosyć gruba warstwa pęczków mięśniowych, ułożonych w rozmaitych kierunkach. Tkanka mięśniowa jest najobficiej rozwinięta u szczytu torbieli. Zbliżając się ku podstawie torbieli liczba pęczków mięśniowych zmniejsza się stopniowo, a natomiast zwiększa się warstwa tkanki łącznej. U samej podstawy warstwa mięśniowa jest bardzo cienka.

Na całej przestrzeni znajduje się znaczna liczba naczyń krwionośnych: włoskowatych, oraz tętnic i żył dosyć znacznego wymiaru.

Na niektórych skrawkach drobnowidzowych znaleziono u szczytu torbieli część otworu, t. j. ujścia moczowodu; śluzówka w tem miejscu była pozbawioną nabłonka i pokrytą cienką warstwą włóknika.

Przypadek opisany zasługuje na uwagę jako nader rzadki obraz chorobowy.

Jak dowiedzieliśmy się z wywiadów, wśród silnego bólu przez cewkę moczową wypada guz, którego obecności nie podejrzywano; zjawiają się mdłości, krwotok, utrudnione moczenie, biegunka i t. d.

Uwięźnienie guza w cewce moczowej trwało prawie całą dobę. Na szczęście, nie nastąpiło ciężkie zakażenie narządów moczowych. Pomimo obustronnego zapalenia miedniczek nerkowych, przebieg choroby oraz wynik zabiegu chirurgicznego był pomyślny.

Pierwotnie, po pierwszem badaniu chorej, przypuszczaliśmy, iż mamy do czynienia z nowotworem (polipem), który pod wpływem silnego napierania tłoczni brzusznej wypadł z pęcherza przez cewkę moczową. Wobec tego atoli, iż guz sprawiał wrażenie narządu torbielowego, zjawiło się podejrzenie możliwej nieprawidłowości rozwoju narządów moczowych. Dla tego więc postanowionem zostało powstrzymać się od zabiegu zbyt czynnego, ograniczając się na razie tylko do usunięcia objawów uwięźnienia guza.

Po odprowadzeniu guza do pęcherza chora doznała dużej ulgi; my zaś zyskaliśmy na czasie, który umożliwił ściślejsze rozejrzenie się w przypadku. Dwukrotne badania za pomocą wziernika pęcherzowego wyjaśniły dokładnie siedzibę guza; wobec tego jednak, iż był on dużych rozmiarów i pokrywał

prawą stronę dna pęcherza, nie podobna było wyjaśnić stosunku jego do prawego moczowodu.

Co się tyczy lewego moczowodu, stwierdziłem nieprawidłowość jego, polegającą na znacznem zwężeniu ujścia i wypukleniu brodawki. Te zjawiska naprowadzały na myśl, że, być może, ujście prawego moczowodu jest również nieprawidłowe. Pewności jednak pod tym względem nie było, tem bardziej, iż, jak wiadomo, zboczenia rozwojowe dotyczą zwykle jednego tylko moczowodu; obustronne bywają bardzo rzadko.

Wobec tego, że po odprowadzeniu guza chora zaczęła gorączkować i zjawiły się objawy zapalenia prawej miedniczki nerkowej, operacya doszczętna musiała być odłożona do czasu ustalenia się ciepłoty prawidłowej, co nastąpiło dopiero po 3-ch tygodniowym pobycie chorej w szpitalu.

Operacyę wykonałem za pomocą cięcia nadłonowego, które o wiele lepiej, niż przecięcie pęcherza mocz. od strony pochwy, daje możność dokładnego rozejrzenia się w pęcherzu.

Ścisłe rozpoznanie istoty guza okazało się możliwem tylko w czasie wykonania operacyi; wówczas bowiem wyjaśniło się, że guz zawierał jamę, która łączyła się bezpośrednio ze światłem moczowodu, znacznie rozszerzonego, i że ściana guza była pokryta na zewnątrz błoną śluzową pęcherza, od wewnątrz zaś śluzówką moczowodu. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie.

Na pytanie, czy jama guza (torbieli) pozostawała w łączności z jamą pęcherza moczowego, należy odpowiedzieć twierdząco. W ścianie guza był niezawodnie otwór, jakkolwiek trudno go było dostrzedz nieuzbrojonem okiem z powodu obrzmienia i martwicy śluzówki. Na poparcie tego twierdzenia przytoczę następujące fakty:

1. Wyniki badania drobnowidzowego, które wykazało niezarośnięty otwór (t. j. uście moczowodu) w ścianie guza.

2. Ani w wywiadach, ani w czasie spostrzegania naszego w ciągu 3-ch tygodni przed operacyą nie było danych, wskazujących na objawy wodonercza. Peryodyczne bóle w prawem podżebrzu, jak również napady gorączki, należy tłómaczyć jako objawy utrudnionego wydzielania się moczu z prawej miedniczki nerkowej wskutek zwężenia ujścia moczowodu, ale bynajmniej nie jako dowód jego niedrożności.

3. Prawa nerka wydziela obecnie wystarczającą ilość moczu. Jeśliby ujście moczowodu było stale niedrożne, musiałby nastąpić zanik tkanki nerkowej i zupełny brak wydzielania moczu.

Drugie, również doniosłe, pytanie, podlegające rozstrzygnięciu, dotyczy przyczyny zwężenia ujścia moczowodów i wytworzenia się torbieli.

Powodem zwężenia moczowodów wogóle mogą być, jak wiadomo, rozmaite sprawy chorobowe zarówno mechanicznego, jak i zapalnego pochodzenia, a mianowicie: kamień, uwięzły w moczowodzie albo nowotwór, wywierający ucisk na ściany moczowodu albo wreszcie sprawa ropna z następczem zabliźnieniem ściany pęcherza mocz. lub moczowodu. Trudno jest nie zauważyć takich spraw chorobowych, jeśliby one miały miejsce. W naszym przypadku można to stanowczo twierdzić, że podobnych zaburzeń nie było.

Czy zwężenie ujścia moczowodów mogło być spowodowane sprawą zapalną błony śluzowej pęcherza lub moczowodów charakteru zakaźnego? W wywiadach nie mamy żadnych danych, wskazujących na tego rodzaju chorobę; zresztą doświadczenie urologów nie przemawia na korzyść tego, by zakaźne zapalenia śluzówki pęcherza lub moczowodów mogło spowodować zmiany takie, jakie widzieliśmy w naszym przypadku. Jakież więc przyczyny mogły spowodować te zmiany?

Zwróćmy się do piśmiennictwa, omawiającego przypadki analogiczne. Zbieraniem statystyki przypadków torbieli ujścia moczowodów zajmował się szereg autorów. W artykułach G. Bostroema, C. Schwarza, I. Englischa, L. Kleinwächtera, Hugh H. Younga, Th. Cohna i C. Adriana znajdujemy wykaz wszystkich prawie odnośnych przypadków, które były ogłoszone drukiem do chwili obecnej. Niektóre przypadki pochodzą z czasów bardzo odległych, naprz. Kleinwächter przytacza przypadki „wypadnięcia pęcherza moczowego“, spostrzegane w r. 1738 i 1785. Oczywiście, rozpoznanie w tych przypadkach nie mogło być osnute na ścisłych badaniach naukowych. Nawet stosunkowo niedawne spostrzeżenia zawierają sporo niedokładności i tylko przypadki, stwierdzone na stole sekcyjnym, mają znaczenie naukowe. Dopiero dzięki oględzinom pęcherza moczowego za pomocą wziernika w ciągu ostatnich lat dzie-

sięciu zjawiły się dokładne opisy kilku przypadków torbieli ujścia moczowodów, rozpoznanych za życia. O nich pomówimy niżej.

Pierwsza praca naukowa, mająca na celu wyjaśnić przyczynę tworzenia się torbieli ujścia moczowodów, zjawiła się w 1884 roku. Autorem był G. Bostroem. Opisał on 4 przypadki nieprawidłowości moczowodów, spostrzeganych przez siebie osobiście, i zebrał prócz tego rozmaite przypadki z dawnego piśmiennictwa. W 3-ch przypadkach Bostroema były zjawiska następujące.

W miejscu ujścia jednego moczowodu znajdowało się wypuklenie ściany pęcherza w postaci torbieli, która zatykała sobą otwór wewnętrzny cewki moczowej. Owa torbiel utworzyła się, jak się okazało, wskutek zamknięcia ujścia moczowodu, który wcale nie był w łączności z jamą pęcherza moczowego. Ściana torbieli była pokryta z jednej strony warstwą nabłonka pęcherzowego, z drugiej zaś nabłonkiem moczowodu; pomiędzy niemi znajdowała się nieznaczna ilość tkanki łącznej. Przyczynę wypuklenia Bostroem tłómaczy nieprawidłowem przenikaniem moczowodów przez ścianę pęcherza moczowego. Według jego zdania, moczowody w przypadkach spostrzeganych przenikały w kierunku nie ukośnnym, jak to bywa zwykle, lecz w prostym, t. j. pionowo ku powierzchni ściany pęcherza. Wskutek tego, jak twierdzi autor, zmniejszyła się niezawodnie odporność ściany pęcherza; słuzówka, ulegając ciśnieniu wewnętrznemu moczowodu, wypukliła się w kierunku jamy pęcherza nakształt torbieli. Ta okoliczność, że w miejscu wypuklenia nie znaleziono tkanki mięśniowej, była, według zdania Bostroema, jednym dowodem więcej prawidłowości jego teoryi (G. Burckhard. Ueber Dilatation der Ureteren mit cystischer Vorwölbung ihrer Eintritsstelle in die Harnblase. Centralbl. f. allg. Pathologie u. path. Anat. 1896. T. VII, str. 129).

Pogląd Bostroema podziela całkowicie F. König. Burckhard jednak, przytaczając wyjaśnienie Bostroema, nie uznaje go za uzasadnione; według jego mniemania, przyczyny wypuklenia szukać należy w nieprawidłowej budowie ściany pęcherza moczowego, a mianowicie w niedostatecznej ilości tkanki mięśniowej w okolicy ujścia moczowodu. Nowsi autorowie zapatrują się na tę sprawę inaczej.

Według zdania M. Simona, H. Wildbolza, R. Welza i Th. Cohna pierwotna przyczyna zmian, o których mowa, polega na wrodzonej nieprawidłowości rozwoju moczowodu, a mianowicie na zwężeniu lub całkowitem zarośnięciu wylotu jego.

Mnie się zdaje, iż takie właśnie wyjaśnienie sprawy odpowiada rzeczywistości i tłómaczy w sposób logiczny mechanizm tworzenia się torbieli moczowodów zarówno w przypadku moim, jak też i w innych podobnych przypadkach, spotykanych w piśmiennictwie.

Największą liczbę przypadków zwężenia lub zarośnięcia ujścia moczowodów z następowem ich rozszerzeniem spostrzegano na zwłokach małych dzieci, począwszy od 2-ch tygodni wieku. C. Schwarz zebrał 23 przypadki całkowitego zarośnięcia moczowodów i 12 przypadków rozszerzenia torbielowego. Th. Cohn i C. Adrian zebrali z całego piśmiennictwa do 1905 roku ogółem 52 przypadki torbielowego rozszerzenia moczowodów wskutek zwężenia lub zarośnięcia ich ujścia. Wśród tych przypadków, według słów Adriana, 12 razy rozpoznano chorobę za życia, 40 razy choroba nie była rozpoznana lub została ujawnioną dopiero na zwłokach. Z ogólnej liczby 52 przypadków zanotowano nieprawidłowość rozwoju moczowodów z obu stron — 7 razy, z których 4 przypadki były rozpoznane za życia.

Do statystyki powyższej należy dodać jeszcze 4 przypadki z najnowszego piśmiennictwa: 1 przypadek stwierdzony na zwłokach 6-o miesięcznego chłopczyka i opisany przez R. Bormanna w 1906 r., i 3 przypadki Simona, Klosego i Cohna, rozpoznane za życia. O tych ostatnich przypadkach będzie mowa poniżej.

Przypadki operacyi u małych dzieci opisali Caillé i Hibler; obydwa przypadki zakończyły się śmiercią. Oględziny zwłok wykazały, iż w obydwóch przypadkach uległy rozszerzeniu torbielowemu moczowody dodatkowe. Oprócz wymienionych 2-ch autorów spostrzegali torbiele moczowodów dodatkowych na zwłokach: Ortmann, Stolz, Osterloch, Lilienfeld, Heller, Geerdts, Lechner, Haushalter i Jaques, Elliesen, Bostroem, Westermann, Junge i Tilp.

F. König, Hugh H. Young, Portner i Madelung z Adrianem widzieli za pomocą wziernika pęcherzowego przypadki roz-

szerzenia przestankowego (intermittierende Dilatation) ujścia moczowodów: w chwili ruchu robaczkowego moczowodów brodawki ich wypuklały się nakształt stożka, a potem równały się z otaczającą błoną śluzową aż do chwili następnego ruchu robaczkowego.

Wojnicz-Sianożęcki opisał w 1902 r. przypadek wypadnięcia błony śluzowej pęcherza przez cewkę moczową u kobiety 56-o letniej.

Przypadki operacyi torbieli ujścia moczowodów z zejściem pomyślnem są opisane w liczbie bardzo niewielkiej.

Kleinwächter cytuje z dawnego piśmiennictwa przypadek, dotyczący 14-o letniej dziewczyny, operowany z powodu wypadnięcia guza przez cewkę moczową. Operacya polegała na nałożeniu podwiązki na szypułę i przekłuciu guza. Po długiej chorobie dziewczyna wróciła do zdrowia.

Cięcie nadłonowe z powodu torbieli ujścia moczowodu zostało dokonane po raz pierwszy przez Grosglika w 1901 r. Następnie operowali w takiż sposób Fenwik (2 przypadki) i Garré w 1904 r. (opisał Th. Cohn).

W 1905 r. zoperował M. Simon przypadek wypadnięcia torbieli ujścia lewego moczowodu przez cewkę moczową u kobiety. Przecięcie pęcherza zostało dokonane od strony pochwy; w celu rozszerzenia pola operacyjnego musiano dokonać przecięcia zwieracza wewnętrznego cewki moczowej; torbiel usunięto doszczętnie. Pozostałą po operacyi przetokę pęcherzowo-pochwową zeszyto po pewnym czasie z wynikiem pomyślnym.

W 1906 r. opisał C. Adrian operacyę, dokonaną przez prof. Madelunga z powodu przestankowego rozszerzenia ujścia moczowodu, które sprawiało dokuczliwe objawy chorobowe u 26-o letniej panny. Cięcie nadłonowe Torbiel moczowodu wielkości wiśni o cienkich, przeświecających ścianach nie była w łączności z pęcherzem; ujście moczowodu znaleziono obok torbieli. Torbiel została rozciętą i brzegi rany obszyto struną. Pacyentka wyzdrowiała.

W 1907 r. zoperował Klose rozszerzone ujście moczowodu nakształt torbieli wielkości orzecha laskowego u pacyentki 31 r. Operacya została dokonaną za pomocą wziernika pęcherzowego operacyjnego. Klose zniszczył wpierw ścianę torbieli

żegadłem, następnie po 4 ch dniach przedziurawił ją za pomocą cewnika moczowodowego. Pacyentka wyzdrowiała.

W zeszłym 1909 roku Th. Cohn dokonał również za pomocą wziernika pęcherzowego operacyi z powodu wypuklenia ściany moczowodu dodatkowego. Operator przeciął ścianę wypukloną nożem. Pacyentka wyzdrowiała.

O ile mogłem rozejrzeć się w piśmiennictwie, jakiem rozporządzałem, dotychczas zostało ogłoszone ogółem 56 przypadków torbielowego rozszerzenia ujścia moczowodów, z pomiędzy których rozpoznano za życia 15 przypadków. Mój więc przypadek, opisany w niniejszej pracy, jest 57-m przypadkiem, ogłoszonym drukiem, i 16-m przypadkiem, rozpoznanym za życia. Co się tyczy sposobu zabiegu operacyjnego, mój przypadek należy uważać jako 6-y przypadek cięcia nadłonowego z powodu schorzeń, należących do kategoryi przypadków wyżej opisanych; z powodu zaś wypadnięcia torbieli ujścia moczowodu przez cewkę przedtem, zdaje mi się, nie było dokonane ani razu cięcie nadłonowe. W przypadku M. Simona, bardzo podobnym do przypadku mego, dokonanem zostało przecięcie pęcherza moczowego od strony pochwy. Sposób operowania Simona nie znajdzie, prawdopodobnie, zwolenników w przypadkach analogicznych ze względu na nadzwyczajne trudności techniczne i powikłania, opisane przez tegoż autora.

Pozostaje mi powiedzieć jeszcze słów kilka o nieprawidłowości drugiego t. j. lewego moczowodu w przypadku przezemnie spostrzeganym. Wypuklenie brodawki tego moczowodu należy uważać, jako pierwowzór tych zmian doniosłych, jakie były znalezione w czasie operacyi torbieli moczowodu prawego. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, brodawka taka stopniowo wypukla się coraz więcej, dopóki trwa przyczyna utrudnionego wydzielania się moczu, t. j. zwężenie ujścia moczowodu.

Wobec tego przypuszczenia wynika pytanie, czy należy już w najbliższej przyszłości starać się zapobiedz możliwemu pogorszeniu się sprawy, czy też czekać spokojnie, dopóki nie zjawią się objawy, zniewalające stanowczo do zabiegu chirurgicznego. Mnie się zdaje, że tych objawów wyczekiwać nie należy, ponieważ sam fakt zwężenia ujścia moczowodu i utrudnione wskutek tego wydzielanie się moczu jest zjawiskiem chorobowem, które wywiera niewątpliwie wpływ ujemny na

nerkę lewą. Wobec tego uważałbym za wskazane, jak tylko pacyentka wypocznie należycie po przebytych zabiegach chirurgicznych, wykonać niezwłocznie operacyę za pomocą cystoskopu operacyjnego, wzorując się na przypadkach, opisanych przez Klosego i Cohna, które tak pomyślne dały wyniki.

Na zakończenie uważam za obowiązek wyrazić głęboką wdzięczność Szanownemu Koledze J. Pisiemskiemu, ordynatorowi oddziału ginekologicznego, za łaskawe powierzenie mi opisanego przypadku.

PIŚMIENNICTWO.

1) Adrian C. Ein neuer, operativ behandelter Fall v. intermittierender cystischer Dilatation des vesicalen Ureterendes. Archiv. f. klin. Chirur. T. LXXVIII. Z. 3.

2) Benckiser. Ueber abnorme Entwickelung d. Ureteren u. ihre chir. Beh. Centrabl. f. Gyn. 1898 r. № 4.

3) Bormann R. Ein Fall v. blind endigendem Ureter mit cystischer Vorwölbung in d. Harnblase, kombiniert m. Cystenniere ders. Seite. Virch. Arch. T. 186. 1906 r. Z. 1.

4) Bostroem G. Beiträge zur patholog. Anatomie d Nieren. Z. 1. Freiburg u. Tübingen. 1884 r. Refer. u Burckharda.

5) Burckhard G. Ueber Dilatation d. Ureteren mit cystischer Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in d. Harnblase. Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 1896 r. T. VII, str. 129.

6) Caillé A. „Prolapse of the inverted lower portion of the right ureter through the urethra in a child two weeks old". American Journal, May 1888. Refer. w Virchow-Kirsch Jahresbericht. Rocznik XXVIII. T I, str. 257.

7) Clairmont P. Beiträge zur Nierenchirurgie. Archiv f. klin. Chir. 1906 r. T. LXXIX.

8) Cohn Th. Ueber zystenartige Erweiterung d. Harnleiters innerhalb d. Harnblase. Beitr. z. klin. Chir. T. XLI, str. 45.

9) Cohn Th. Einfache intravesicale Behandlung v. Aussackungen des Blasenendes doppelter Harnleiter, ein Beitrag zur Pathologie der intermittierenden Pyonephrose. Zeitschr. f. Urologie. T. 3. Z. 9.—Refer. w Deutsche Medizin. Wochenschrift. 1909 r. № 43.

10) Delaboudimère P. A. Des anomalies de l'uretère. Dysert. Bordeaux. 1905 r. Refer. w Centralbl. f. Gynaecologie. 1907 r. № 20.

11) Englisch I. Ueber zystenartige Erweiterung des Blasenendes des Harnleiters. Centralblatt f. Krankh. d. Harn u. Sexualorgane. T. XI, str. 373.

12) Geerdts. Ein Fall v. doppelter Ureterenbildung. Dysertacya. Kiel. 1887 r.

13) Grosglik S. Torbiel w wylocie pęcherzowym prawego moczowodu. Pam. Tow. Lek. str. 570

14) Grosglik S. Z chirurgii wad wrodzonych moczowodu. Pam. Tow. Lek. № 1, str. 155 i Przegląd chir. T. IV, z. 4, str. 638.

15) Hibler E. v. Vorfall eines zystisch erweiterten Ureters durch Harnblase u. Urethra in d. Vulva bei einem 5 Wochen alten Mädchen. Wiener Klin. Wochenschr. 1903 r. T. XVI, str. 506.

16) Junge R. Ein seltener Fall v. Ureterzyste. Dyssert. Berlin. Refer. w Frommels Jahresber. 1904 r.

17) Kleinwächter L. Der Prolaps der weiblichen Blase. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaec. 1896 r. T. XXXIV, str. 230.

18) Klose B. Ein auf intravesicalem Wege durch d. Operationscystoscop geheilter Fall einer Harnleitercyste. Archiv f. klin. Chir. T. LXXX. Z. 1.

19) König F. Ueber intermittierende zystische Dilatation des vesicalen Ureterendes. Münch. Med. Wochenschr. T. LI, str. 2226.

20) Neelsen. Beiträge zur pathol. Anatomie d. Ureteren. Beitr. zur patholog. Anatomie v. Ziegler u. Nauwerck. T. III, str. 277.

21) Portner E. Ueber intermittierende zystische Erweiterung des vesicalen Ureterendes. Monatsbericht f. Urologie. T. IX, str. 296.

22) Rautenberg E. Die Folgen des zeitweiligen Ureterverschlusses. Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir. 1906 r. T. XVI. Z. 3.

23) Schwarz C. Ueber abnorme Ausmündung d. Ureteren. Beitr. zur klin. Chir. 1906 r. T. XVI. Z. 3.

24) Simon M. Vorfall u. Gangraen des erweiterten Ureterendes Centralbl. f. Gyn. 1905 r. XXIX, № 3, str. 76.

25. Tangl. Beiträge zur Kentniss der Bildungsfehler d. Urogenitalorgane. Virchow's Archiv. T. CXVIII, str. 414.

26. Tilp A. Drei Fälle v. cystischer Erweiterung des Blasenendes überzähliger Ureteren. Prag. Med. Wochenschr. 1906 r. № 25.

27) Weigert. Zwei Fälle v. Missbildung eines Ureters. Virchow's Archiv. T. CIV, str. 10.

28. Welz R. Ueber Atresie der Ureteren. Dysert. Monachium. 1903 r. Referow. w Centralbl. f. Gynaec. 1903 r. № 27.

29) Westermann Z. W. I. Ueber klappenförmig. Verschluss d. Blase. Refer. w Centralbl. f. Gynaec. T. XXVIII, str. 1629.

30) Wildbolz H. Ueber doppelseitige zystenartige Erweiterung des vesicalen Ureter-Endes. Monatsschr. f. Urologie. T. IX, str. 193.

31) Winckel v. Die Krankheiten der weibl. Harnröhre u. Blase. Deutsche Chirurgie, heraug. v. Billroth u. Luecke. Lief. 62.

32) Wojnicz - Sianożęcki. Chirurgiczeskija boleźni moczepołowych organow. Petersburg. 1902 r., str. 133.

33) Wölffler A. Ueber abnorme Ausmündungen der Ureteren. Prag Med. Wochenschr. 1895 r. №№ 22 i 24.

34) Young, Hugh H. Die Chirurgie des unteren Ureterendes. Annals of surgery. 1903 r. № 5. Refer. w Centralbl. f. Gynaec. 1904 r. № 52.

35) Zuckerkandl O. Handbuch d. Urologie. 1905 r. T. II.

O ZABIEGU PHELPSA.

podał

A. MARCINKOWSKI

Doktór Wszech Nauk Lekarskich, Lekarz Szpitala Ś-ej Trójcy i Żydowskiego w Piotrkowie.

Stopa szpotawa wrodzona może być leczona dwojako.

Sposób pierwszy, sprawiający choremu najmniej przykrości i niepozostawiający żadnych blizn, ani też nie zmieniający stosunku anatomicznego między poszczególnemi częściami stopy, polega na metodycznem mięsieniu i ruchach biernych w połączeniu z odpowiedniem bandażowaniem stopy. Leczenie takie daje wyniki bardzo dobre, częstokroć uchyla zupełnie potrzebę zabiegu krwawego, lub też sprowadza ją do minimum, lecz jest to leczenie mozolne, trwające całe lata i wymagające dużego nakładu cierpliwości od rodziców chorego dziecka, o co u nas niełatwo, a nadto musi być rozpoczęte bardzo wcześnie, bo od najpierwszych dni życia.

Często jednak rodzice zaczynają kłopotać się o istniejące zniekształtnienie dopiero wtedy, gdy dziecko chce wstawać i chodzić; niekiedy, gdy kalectwo obejmuje jedną tylko stronę i stawanie dzięki temu udaje się łatwiej, czekają jeszcze dłużej w nadziei, że stopa, ustawiona fałszywie, wyprostuje się sama, że dziecko wyrośnie ze swego kalectwa, że je przez chodzenie samo naprawi. Równie często rodzice, zgodziwszy się na leczenie zachowawcze, przerywają je po kilku lub kilkunastu wizytach, bo nie widzą rychłej poprawy.

W tych przeto razach, kiedy dziecko przedstawione bywa lekarzowi z kośćcem już ustalonym w położeniu wadliwem, albo rodzice na długotrwałe leczenie zdobyć się nie chcą, czy nie mogą, musimy uciec się do sposobu drugiego, który polega na zabiegu krwawym, albo też, jeśli kto woli, na forsownem rozprostowaniu w uśpieniu ogólnem.

Osobiście nie miałem przekonania do zabiegów, opartych na użyciu siły na ślepo i nigdy ich nie stosowałem. Z pomiędzy krwawych wybrałem zabieg Phelpsa, jako najłagodniejszy,

nie wymagający długiego następczego leczenia, przytem zapewniający wyniki wcale niezłe, tak co do sprawności, jak co do kosmetyki. Sposób omawiany był po raz pierwszy użyty w roku 1878 w przypadku stopy szpotawej, już od długiego czasu leczonej bezskutecznie przy pomocy wielokrotnego przecięcia ścięgien.

Matka małego pacyenta, zniechęcona ostatecznie bezużytecznością zabiegów, które nie wywarły na kalectwo dziecka żadnego wpływu, zażądała stanowczo albo rzeczywistego rozprostowania stopy, albo też ucięcia tejże.

Cięcie na wewnętrzym brzegu stopy bez naruszenia kości dało wynik pomyślny i trwały; stopa została zachowana i brzydkie kalectwo usunięte.

Metoda była ogłoszona w N. York Medical Record w roku 1881, w r. 1884 zaś na kongresie w Kopenhadze przedstawił Phelps wyniki 36-tu operacyi, dokonanych przez siebie i przez innych chirurgów. Tenże autor ogłosił później sprawozdanie z 538 zabiegów, z którego wynika, że w 17-tu przypadkach metoda cięcia otwartego zawiodła i musiano dopełnić ją przecięciem kości; między dalszymi przypadkami Phelpsa, których liczba przewyższa jeden tysiąc, do przecinania kości nie uciekano się ani razu, lecz cztery razy musiano odjąć stopę. Zaznaczyć jednak należy, że między operowanymi były osoby dojrzałe, od 20 do 60 lat wieku, których liczba przekracza setkę. Ogółem stosował Phelps swój zabieg w 1650 przypadkach; zejścia śmiertelnego nie było ani razu, gdy po operacyach kośćcowych Davy miał 3½% śmiertelności, Lund zaś nawet cokolwiek więcej (1).

W seryi z 538 operacyi spostrzegał Phelps 6% nawrotów, które przypisuje wyłącznie niedbalstwu chorego i rodziców. Z winy chirurga występują nawroty wtedy, gdy zabieg nie był wykonany dość doszczętnie, to jest, gdy nie doprowadzono do wyprostowania nadmiernego stopy na stole operacyjnym. Zabieg ma polegać na stopniowem przecinaniu wszystkich tkanek miękich, które przeszkadzają dokładnemu rozprostowaniu stopy. W ostatniem przedstawieniu Phelpsa (1) cięcie otwarte bywa konieczne tylko wtedy, jeżeli skóra daje opór podczas prostowania, w przeciwnym razie można stosować cięcie podskórne z oszczędzeniem powłok zewnętrznych.

Skręcenie piszczeli ku wewnątrz stanowi wskazanie do przedłutowania tej kości dodatkowego, by ustawić stopę palcami ku zewnątrz; zaniedbanie tego dodatkowego rękoczynu może prowadzić do nawrotu.

Phelps jest przeciwnikiem operacyi na kośćcu stopy nie tylko dla tego, że są one połączone z większem niebezpieczeństwem, dając pewne odsetki zejść śmiertelnych, lecz że dają niepomyślny wynik zasadniczo, skrócając bądź to stopę, jak wyłuszczenia pojedyńczych kości i klinowe rezekcye, bądź też całą kończynę, jak usunięcie kości skokowej; w tym ostatnim przypadku skrócenie kończyny może dosięgnąć 1½ cala.

Autor sam uważa zabieg krwawy za „ultima ratio“, przyznając, że gdy dziecko leczymy ortopedycznie od dnia urodzenia, otrzymać możemy trwałe wyleczenie w 90%. Zabiegi krwawe, wykonywane przez Phelpsa w pozostałych upartych 10% stopy szpotawej, oraz w przypadkach zaniedbanych przez pierwsze 4 miesiące po urodzeniu, rozpadają się, zależnie od stopnia kalectwa, na następujące grupy:

1. Przecięcie ścięgna Achillesa.

2. Przecięcie części miękich podskórne, względnie – otwarte, na wewnętrznej krawędzi stopy.

3. Przecięcie szyi kości skokowej.

4. Klinowe wycięcie części kości piętowej, spotykajace się z linią cięcia przez kość skokową.

5. Odjęcie stopy sposobem Pirogowa. Do tego ostatniego zabiegu musiano uciec się w ¼% spostrzeżeń Phelpsa.

Ostateczne wnioski autora (1) są następujące:

1. Wszystkie stopy szpotawe, nie leczone do początku piątego miesiąca życia, winny być operowane.

2. Leczenie długie, rozłożone na lata, jest błędne; aczkolwiek pewne przypadki mogą być po dłuższym czasie uzdrowione, jednak leczenie operacyjne jest najprostsze i dla chorego najłatwiejsze.

3. Zabiegu nie można uważać za ukończony, póki nie otrzymano wyprostowania nadmiernego i pięta nie uderzy o stół wprzód od palców.

4. Najlepszym przyrządem do prostowania jest goła ręka ludzka.

5. Leczenie następcze zaczyna się zaraz, po wykonaniu zabiegu krwawego.

6. Przecięcie kości winno być wykonane we wszystkich przypadkach skręcenia piszczeli ku wewnątrz, inaczej pozostawiamy chorego pod groźbą nawrotu.

7. Kostnych operacyi nie należy wykonywać „a priori“, lecz tylko w razie ostatecznym.

8. Do cięcia otwartego należy uciekać się zawsze, gdy cięcia podskórne nie sprowadzą wyprostowania nadmiernego.

9. Krótkie ścięgna i więzy należy ciąć, nie rozciągać, bo nadmiernie przedłużone rozciąganie prowadzi do skrzywień całego stępu.

10. Żaden przypadek nie może być uważany za wyleczony ostatecznie, jeżeli pięta nie uderza podczas chodzenia wprzód od palców.

11. Wyleczenie ostateczne następuje dopiero wtedy, gdy wytwarzają się nowe płaszczyzny zetknięcia (fasetki) między kośćmi stępu.

12. Ciężar ciała, padając na przyrządy ortopedyczne jakiejkolwiek budowy, znosi ich działanie na stopę; fakt ten zauważył Adams, który też, stosując swój przyrząd prostujący, zalecał chorym chodzenie na szczudle aż do zupełnego wyleczenia.

Büninger (2) ogłosił w r. 1889 wynik doświadczeń nad leczeniem wrodzonej stopy szpotawej w klinice Volkmanna przez okres dziesięcioletni. Materyał spostrzegany obejmuje 156 przypadków tego cierpienia, z których 58 przypadków najlżejszych leczono ortopedycznie, a w pozostałych 98 uciekano się do różnych zabiegów krwawych, mianowicie:

a) u 24 osobników od 6 miesięcy do 24 lat wieku wykonano 32 cięcia ścięgna Achillesa w okresie czasu, obejmującym lata 1880—1889.

b) u 7 osobników od 6 miesięcy do 14 lat w. 8 cięć m. piszczelowego tylnego między 1880 i 1882 r.

c) u 6 innych 2½ — 15 lat w. 8 cięć ścięgna Achillesa oraz ścięgna m. piszczelowego tylnego między 1880—1882 r.

d) u 3 innych od 8—15 lat w. 4 klinowe wycięcie kości stępu między 1880 i 1882 r.

e) u 17 osobników w wieku $1^1/_4$ r.—26 lat 25 wyłuszczeń kości skokowej między r. 1884—1888.

f) u 14 chorych w wieku od 4 miesięcy do 15 lat 21 operacyi Phelpsa między r. 1884—1889.

Z powyższego zestawienia wynika, że zabiegi grupy b) i d) jeszcze przed wprowadzeniem metody Phelpsa zostały zarzucone; z biegiem czasu bowiem stwierdzono, że cięcie m. piszczelowego tylnego na dłuższą metę nie działa i bardzo jest trudne do uskutecznienia, a zwłaszcza trudne na stopie szpotawej. Sam Volkmann, pokazując zabieg powyższy na trupach, miał zwyczaj sprawdzania wyniku przez doraźne warstwowe odsłonięcie ścięgien, przyczem okazywało się, że w połowie przypadków były one tylko powierzchownie ponacinane, a niekiedy nawet nienaruszone zupełnie.

Po wycięciach klinowych kości stępu wynik początkowy nie utrzymuje się, podług spostrzeżeń kliniki Hallskiej, zbyt długo, ponieważ kości nadrastają znowu; obok tego cała stopa ulega skróceniu.

Wyłuszczenie kości skokowej również okazało się zawodnem, bo tylko w $^1/_3$ przypadków, tym sposobem leczonych, otrzymano wynik bardzo pomyślny, lecz i tu dopiero po długotrwałem dodatkowem leczeniu ortopedycznem. Zresztą i ten zabieg, sam przez się okaleczający, okazał się również zbytecznym, odkąd poznano zalety metody Phelpsa, która, zdaniem Büningera, daje wyniki znakomite nawet w przypadkach najcięższych. Do zabiegu Phelpsa przystępowano w klinice Hallskiej dopiero po wypróbowaniu leczenia ortopedycznego; stosowano zawsze cięcie otwarte, 2—5 cm. długie, prostopadłe do kości łódkowatej, pogłębiane warstwami; niekiedy przedłużano je aż do połowy szerokości podeszwy. Staw otwierano tylko wyjątkowo, starając się oszczędzić go, gdy się tylko dało; otwarcie stawu zachowywano dla przypadków najcięższych; złych następstw po cięciu stawu nie spostrzegano nigdy.

Cięcie, stosowane w klinice Volkmanna, prowadzono wgłąb aż do kości, przecinając mięsień odwodzący palucha, ścięgno m. piszczelowego tylnego, ścięgno m. zginającego paluch długiego, a dalej, część więzu skokowo-łódkowego i więz boczny wewnętrzny, wreszcie powięź podeszwy, tę ostatnią zazwyczaj podskórnie. Do tego dodawano często cięcie ścięgna Achillesa.

Sposobem Phelpsa zoperowano między innymi z wynikiem doskonałym chłopca 5-cio letniego, u którego, gdy miał pół roku, wyłuszczono bez wpływu na sprawność i ustawienie stopy kości skokowe obustronnie.

Rozprostowanie przemocą (forsowne) stosowano zwykle dopiero wtedy, gdy rana wypełniła się ziarniną, narazie zaś nakładano szynę Volkmanna.

Nerw podeszwowy nie był obrażony nigdy, bo zawsze udaje się usunąć go z pod noża, gdy stosuje się cięcie otwarte; natomiast tętnica podeszwowa wewnętrzna nie zawsze mogła być oszczędzona.

Arbuthnot Lane (3) nie jest zwolennikiem cięcia otwartego, gdyż uważa, że skutek tego sposobu jest czysto kosmetyczny, sprawność zaś stopy dla braku ciągłości w tkankach miękich wiele pozostawia do życzenia. Używając cięcia otwartego, stara się skrócić okres gojenia przez wszczepienie skóry do rany w dwie doby po zabiegu głównym. Oczywiście, daje się to wykonać tylko wtedy, gdy staw skokowo-łódkowy nie został otwarty. Miasto otwartego siosuje Lane cięcie podskórne, wkłuwając długi tenotom z kilku punktów i przecinając wszystko, co napina się podczas prób rozprostowania stopy; po zdjęciu opaski sprężystej, której używa stale, bywał niekiedy zmuszony nakładać szew na małe ranki po tenotomie, gdyż wypływała z nich krew tętnicza. Zaletą metody podskórnej ma być doskonały wynik czynnościowy—chory jakoby chodzi „z wdziękiem“.

Niekiedy rozprostowanie doszczętne nie udaje się dobrze; autor doradza w tym przypadku przecięcie bezwzględne wszystkich części miękich, z tyłu od kostki wewnętrznej leżących, włącznie z nerwem i naczyniami krwionośnemi.

Kellock (4) zużywa nadmiar skóry na zewnętrznej połowie stopy, którą w postaci płata uszypułowanego przykrywa ziejącą ranę po cięciu otwartem; początkowo płat pozostaje w związku z resztą skóry u dołu i u góry, tylko brak, powstały przez wykrojenie tego płata prostokątnego, zaszywa się doraźnie; po dniach 5-ciu lub 6-ciu, gdy płat wygląda dobrze, połączenie dolne zostaje przecięte, płat odwrócony do rany i tu umocowany jednym lub dwoma szwami, poczem na stopę nakłada się opatrunek gipsowy.

Jonas (5) wprowadził następującą odmianę zabiegu Phelpsa: na wewnętrznej powierzchni stopy prowadzi dwa cięcia, jedno od tyłu i góry, drugie od tyłu i dołu, ku przodowi, tak, że oba spotykają się w sąsiedztwie połączenia członeczka podstawowego palucha z główką pierwszej kości śródstopowej. Płat skórny, mieszczący się między temi cięciami, oddziela ku tyłowi wraz z warstwą tłuszczu podskórnego, tworząc trójkąt, ktorego podstawa leży w linii stawu łódkowo-skokowego. Z tej otwartej rany wprowadza tenotom i przecina powięź podeszwy linią skośną, tak że po następnem rozciąganiu stopy brzegi powięzi pozostają obok siebie, nie rozchodząc się w obie strony i nie tworząc szpary, jak to ma miejsce po cięciu pionowem do długiej osi stopy. Części miękie stopy, pokrywające staw skokowo-łódkowy rozcina pionowo, jak w typowej operacyi Phelpsa, lecz stawu samego nie otwiera, tylko cięciem dodatkowem obnaża szyję kości skokowej od zewnątrz i przecina ją przy pomocy dłuta; w przypadkach zastarzałych główka kości skokowej bywa usuwana doszczętnie. Na zakończenie ustawia się stopę w położeniu stopy płaskiej, tamuje krwotok z rany trójkątnej przez podwiązanie, zaszywa ranę powierzchni zewnętrznej, przyciska płat trójkątny do rany powierzchni wewnętrznej za pomocą silku dziurkowanego, bandażuje i nakłada opatrunek gipsowy od palców aż powyżej kolana, którego nie rusza przez 5 do 6-ciu tygodni; po upływie tego czasu rana jest zagojona doszczętnie.

Sposób swój stosował autor w 25-ciu przypadkach ciężkich lub zastarzałych, kilka razy operując obie stopy na jednem posiedzeniu.

Zalety swego sposobu streszcza autor w sposób następujący:

1. Płat, dzięki szerokiej podstawie, nie powinien kurczyć się po zagojeniu.

2. Płat jest gruby i przez to łatwiej, niż jakikolwiek inny, wypełnia głęboką ranę.

3. Brak, pozostający pod płatem, wypełnia się przez skrzepy krwi, co ułatwia tworzenie się tkanki łącznej. Zagajanie się rany następuje przez „organizacyę“ skrzepu tak samo, jak w jamach kostnych podług sposobu Schedego.

4. Unikamy głębokich i szerokich powierzchni ziarninujących, które wytwarzają fałdy po narośnięciu naskórka.

5. Po ukośnem przecięciu powięzi podeszwy nie pozostaje żadna przestrzeń martwa; oba odcinki stykają się brzegami, które to brzegi można połączyć za pomocą szwu, gdyby tego zaszła potrzeba.

6. Przecięcie szyi kości skokowej usuwa konieczność otwarcia stawu skokowo-łódkowego i przemieszczenia powierzchni zetknięcia tych dwóch kości, które później zbliżają się znowu, ułatwiając nawrot kalectwa.

Coville (6) uważa typowy zabieg Phelpsa za godny polecenia jako „procédé de choix“ u dzieci starszych i u dorosłych, żałując, że sposób ten, dający wyniki znakomite, stosuje się zbyt rzadko. Zaleta zabiegu polega na osiągnięciu wydłużenia krawędzi wewnętrznej, gdy zabiegi na kościach skrócają stopę; do tych ostatnich radzi uciekać się dopiero wtedy, gdy pomimo rozwarcia stawu stopa nie da się ustawić w położeniu prawidłowem; w takich razach wykonywa Coville dodatkowo bądź to wycięcie klinowe kości stępu, bądź jeszcze wycięcie kości skokowej częściowe albo całkowite. Tym sposobem udaje się zawsze osiągnąć wydłużenie krawędzi wewnętrznej o 3—4 cm. Operując podług tego planu dziewczynkę szesnastoletnią, otrzymał, jak stwierdzają załączone do rozprawy fotografie, stopy, odpowiednie do wieku i wzrostu pacyentki.

Stanowisko swoje określa autor, jako będące pośrodku między tymi, którzy poświęcają wszystko dla formy i tymi, którzy formę poświęcają dla całości stawów.

Mniej więcej takie samo stanowisko zajmuje Bradford (7), który uważa, że zabieg Phelpsa, w połączeniu z cięciem ścięgna Achillesa, leczy przeważającą większość przypadków stopy szpotawej. W razie koniecznym dołącza operacyę na kości, przecinając kości skokową i piętową, ewentualnie z wycięciem klina.

Kirmisson (8) stosował zabieg Phelpsa 71 razy na 48 chorych, średnio od 3 do 10 lat wieku; 2 chorych miało mniej, niż 3 lata, 2 po lat 13 i 2-ch po 14. Niektórzy z nich byli poprzednio poddawani innym zabiegom. Prócz cięcia Phelpsa musiano wykonać wycięcie kośćca klinowe u dwojga chorych, z których jeden był już poprzednio poddany wyłuszczeniu kości

skokowej bez pomyślnego skutku, u drugiego zaś wynik był i po wycięciu ujemny.

W 6 przypadkach musiano do operacyi zastosować dodatkowo „rédressement forcé“ w uśpieniu — były to dzieci starsze.

Przed ogłoszeniem rozprawy badano 10 dzieci operowanych dawniej, niż rok temu, z tej liczby 5 dwustronnie. Wyprostowanie utrzymało się u wszystkich, u jednego pozostała nawet stopa płaska. U 3 chorych były po operacyi powikłania, mianowicie.

Chłopiec l. 9½, operowany na obu stronach, miał zgorzel głęboką na grzbiecie stopy lewej, poczem utracił 5-ty palec, reszta zaś palców uległa stałemu przykurczeniu.

W drugim przypadku rozwinęła się zgorzel powierzchowna bez niepomyślnych następstw.

W przypadku trzecim powstał na grzbiecie stopy ropień, jako skutek zapalenia naczyń chłonnych.

Clutton (9) wyraża się pochlebnie o zabiegu Phelpsa, operuje cięciem podskórnem lub też otwartem, kładzie nacisk na przecięcie ścięgien nietylko m. piszczelowego tylnego, lecz i przedniego, otwiera staw skokowo-łódkowy bez wahania, gdy tego zajdzie potrzeba, lecz przestrzega przed ustawieniem stopy w pozycyi koszlawej, gdyż w takich razach przód stopy traci wartość, jako punkt oparcia w chwili uniesienia pięty od ziemi; pod groźbą stopy koszlawej ucieka się Clutton do wycięcia główki kości skokowej, co ma, zdaniem jego, zapobiegać temu niepożądanemu powikłaniu.

Owen (10) stosuje bardzo chętnie metodę Phelpsa, nie cofa się przed otwarciem stawu i uważa, że dokładne wykonanie zabiegu wyłącza nawrót z całą pewnością. Chorym Owena wolno wstawać już w kilka dni po operacyi i chodzić w opatrunku gipsowym, przyczem gips może pękać i kruszyć się dowolnie, co jest nawet pożądane przez autora, gdyż dziecko, chodząc i opierając się na podeszwie całym ciężarem ciała, najlepiej przeciwdziała możliwości nawrotu.

Clarke (11) oraz Walsham (72) są usposobieni sceptycznie względem omawianego zabiegu. Pierwszy stosował go w jednym tylko przypadku, a jakkolwiek na wynik nie narzeka, jednak sądzi, że nie był lepszy, niż mógł być inną metodą osiągnięty.

Clark jest zresztą zwolennikiem leczenia wyłącznie ortopedycznego, które prowadzi do celu we wszystkich przypadkach, leczonych od pierwszych dni życia. Walsham znów twierdzi, że w przypadkach upartych i ciężkich pomagają wyłącznie zabiegi na kośćcu stopy.

Bądź co bądź, metoda Phelpsa zyskała szerokie uznanie w Ameryce i Europie i została przyjęta przez wielu rozgłośnych chirurgów obu półkuli (Sayre, Gibney, Sherman, Bradford, Senn, Wilson, Bryant, Weir, Meyer, Owen, Clutton, Volkmann i inni). Z naszych chirurgów posługuje się sposobem Phelpsa Schramm (13) we Lwowie, lecz z wyników zdaje się być tylko przez pół zadowolonym. Trudność leczenia składa zresztą na karb niedbalstwa rodziców, skarżąc się, że dzieci wracają do szpitala z opatrunkiem porwanym i pokruszonym, co powoduje nawroty.

Istotnie, gdy operujemy dzieci, które jeszcze nie chodzą, opatrunek ustalający może mieć znaczenie bardzo duże, gdy jednak dziecko chodzi, uszkodzenie opatrunku nie sprowadza żadnej szkody a nawet, jak widzieliśmy, uważane jest przez Owena za rzecz pożądaną. Osobiście przyjąłem za zasadę operować stopę szpotawą dopiero wtedy, gdy dziecko rwie się już do chodzenia, inaczej wobec znanego niedbalstwa warstw mniej inteligentnych naszej ludności najlepsza nawet robota może być zepsuta.

Dotąd miałem możność operowania pięciorga dzieci, z tych trojga na obu stronach i dwojga na jednej; te ostatnie były już poddawane zabiegom leczniczym w Warszawie, jedno w lecznicy prywatnej, a drugie w szpitalu dla dzieci, a nadto nosiły przyrządy ortopedyczne, w których nóżki, zamiast prostować się, coraz większemu ulegały wykrzywianiu. Zachodziła tu okoliczność, na którą zwraca uwagę Phelps (1) w punkcie 12-m uwag końcowych, uwzględnionych na początku niniejszej rozprawy. Mężkie były 2 przypadki, jeden chrześcianin polak, i jeden izraelita, pozostałe zaś 3 żeńskie, same izraelitki. Przypadki kalectwa obustronnego operowałem na stronach obu odrazu. Najpierwszy z moich pacyentów był operowany w 6-ym miesiącu po przyjściu na świat, potem przyjąłem za zasadę nie operować wcześniej, niż w drugim roku życia. Posługiwałem się stale pierwotnym sposobem Phelpsa, polegającym na pod-

skórnem cięciu ścięgna Achillesa i powięzi podeszwy, oraz cięciu otwartem przez krawędź wewnętrzną stopy, w kierunku pionowym, między guzowatością kości łódkowatej i wierzchołkiem kostki wewnętrznej. To ostatnie cięcie zaczynam dosyć wysoko, by nie ominąć ścięgna m. piszczelowego przedniego, który, jak wiadomo, unosi krawędź stopy wewnętrzną ku górze i jest w przypadkach wrodzonej stopy szpotawej skrócony; dla tych właśnie przyczyn mięsień ten może być ważnym czynnikiem, usposabiającym do nawrotów. Z dolnego końca rany, która przejmuje wewnętrzny brzeg brzuśców krótkich mięśni podeszwy, napinających się zawsze w prostowaniu stopy, wprowadzam tenotom sierpowaty pod skórę i przecinam powięź podeszwy od zewnątrz ku wewnątrz i od skóry ku mięśniom, nie troszcząc się o uniknięcie uszkodzenia powierzchownych warstw brzuśców mięśniowych. Wprowadzenie tenotomu i nacięcie powięzi udaje się najłatwiej, gdy cięcie pionowe poprowadzimy na początek tylko przez grubość skóry; pogłębia się je dopiero po dokonaniu cięcia powięzi. Cięcie pionowe, które ma przejąć wszystkie tkanki, napinające się podczas prostowania stopy, dochodzi aż do kości i w razie potrzeby otwiera staw. To ostatnie wpływa bardzo dodatnio na łatwość rozprostowania stopy i byłoby do polecenia, jako zasada, gdyby nie obawa przed stopą płaską, która z czasem przejść może w koszlawą, boć w takim razie chory zamienia tylko swoje kalectwo wrodzone na inne — nabyte. Toteż we wszystkich przypadkach, gdy staw został otwarty, przedstawiam tę możliwość rodzicom i polecam, by dziecko nie chodziło boso, a skoro skłonność do powstawania stopy płaskiej zostanie zauważoną, nosiło podeszwę metalową, albo miało podeszwę obuwia odpowiednio wypukloną.

Rana, bodaj najgłębsza, nie sprawia kłopotu, gdyż nie krwawi obficie; dla zatamowania krwotoku miąższowego wystarcza upchanie gązą wyjałowioną. Wyjątek od tej reguły miewamy w tych razach, gdy tętnica podeszwowa wewnętrzna została uszkodzoną; ta jednak w przypadku rany otwartej łatwa est do podwiązania.

Zdarzało mi się również, że nie mogłem oszczędzić jednej z żył grzbietowych stopy, gdy w czasie prostowania tej ostatniej przesuwała się znacznie ku wewnątrz.

Cały zabieg jest bardzo łatwy i wymaga zaledwie kilku minut czasu.

Cięciu otwartemu, czyli typowemu zabiegowi Phelpsa, oddaję pierwszeństwo przed wszelkiemi odmianami *), aczkolwiek sam Phelps skłania się obecnie ku metodom podskórnym.

Przewaga cięcia otwartego polega na tem, że operujemy pod kierunkiem wzroku, możemy oszczędzić nerw podeszwowy oraz podwiązać tętnicę, czy żyłę, gdyśmy je uszkodzili. Lane wszak był zmuszony zaszywać ranki po tenotomie, gdy z nich strzykała krew tętnicza, lecz pod skórą pozostawiał martwe przestrzenie, które wypełniały się krwią, a tego właśnie unikamy we wszystkich zabiegach wiedząc, że dokładne zatamowanie krwawienia stanowi rękojmię rychłozrostu. Wprawdzie Jonas starał się o wypełnienie rany skrzepami krwi, ponieważ wychodził z założenia Schedego, że krew ta zostanie zorganizowaną, lecz metoda Schedego przeszła już dość dawno do historyi.

Po ukończeniu zabiegu i zatamponowaniu otwartej rany, bandażujemy stopę i część goleni w sposób zwykły, a na wierzch nakładamy opatrunek gipsowy, ustawiwszy stopę w pozycyi pożądanej. By uniknąć straty czasu na utrzymywanie naprostowania za pomocą ręki, co ma trwać aż do zaschnięcia gipsu, nakładam na podeszwowe powierzchnie wilgotnego jeszcze opatrunku cienkie deseczki, wystające na 2—3 cm. ponad palce i poza krawędź zewnętrzną i te deseczki umocowywam kilku obwojami opaski muślinowej; każdy tur, idąc od grzbietu stopy przez krawędź dośrodkową na podeszwę, przechodzi przez brzeg zewnętrzny deseczki znów na grzbiet stopy i stąd na goleń, przez co w razie odpowiednio mocnego dociągania bandaża tak palce jak i brzeg stopy zewnętrzny są unoszone ku górze. Deseczki leżą przez kilka do kilkunastu godzin (zależnie od stopnia wilgotności powietrza), utrzymując stopę w pozycyi pożądanej przez czas dłuższy, niż to może zrobić ręka ludzka. Gips może pozostać bez zmiany dni 14, naturalnie, o ile przebieg kliniczny na to zezwala.

*) Wspomnę tu jeszcze o odmianie Hagena, który cięcie przez skórę prowadzi poziomo i po ukończeniu całego zabiegu zaszywa.

Przed umocowaniem deseczki paluszki chorej kończyny muszą być dobrze odsłonięte; gdyby zsiniały, można opatrunek gipsowy naciąć po jednej, lub po obu stronach, i płat górny odchylić nieco; to prawie zawsze wystarcza. Tylko w jednym przypadku zmuszony byłem usunąć opatrunek wcześniej, gdyż ciepłomierz wskazywał na powikłanie. W danym razie powstały ropowice na zewnętrznej powierzchni obu nóżek, prawdopodobnie skutkiem ucisku opatrunku na fałdy skórne, gdyż ze strony ran operacyjnych nie spostrzegano żadnego powikłania.

Owen używa do ustalenia dwóch pasów flanelowych, namoczonych w gipsie, które przytwierdza bandażem suchym; do zmiany opatrunku przecina bandaż i zdejmuje gipsowe foremki, by je potem znowu przytwierdzić.

Parokrotnie posługiwałem się wycinaniem okienek, lecz dla nóżek małych nie jest to sposób praktyczny, gdyż cały opatrunek traci przez to na sile. Lepiej zdjąć gipsową foremkę w całości po nacięciu przedniej powierzchni przez całą długość a po nałożeniu ponownem zamocować bandażem gipsowanym.

Leczenie następcze określają autorowie na 10 miesięcy, gdyż dopiero po upływie tego czasu chory jest zabezpieczony od nawrotu cierpienia Nawrot zależy jakoby od kurczenia się blizny operacyjnej. Sądzę, że jest to możliwe jedynie u dzieci małych, które nie chodzą. Gdy pacyent chodzi, blizna raczej musi ulegać rozciąganiu, które widzimy po wszystkich innych zabiegach nawet w miejscach, niepodlegających działaniu ciężaru całego ciała. Jedna tylko sprawa, która w typowym zabiegu Phelpsa nie ulega poprawie, zasługuje na uwzględnienie, jako mogąca biernie przyczynić się do wznowy kalectwa. Sprawą tą jest wyraźne, niekiedy nawet bardzo znaczne, wydłużenie ścięgien mięśniowych, których zadaniem jest unoszenie ku górze zewnętrznej krawędzi stopy. To też po ostatecznem wygojeniu stopa przez czas dłuższy utrzymuje skłonność w kierunku opadania ku dołowi krawędzią zewnętrzną, jak to widujemy w pewnych przypadkach porażeń dziecięcych. Gdy dziecko biega bez odpowiedniego zabezpieczenia, może mieć miejsce podwijanie się stopy, przyczem ciężar ciała pada na krawędź zewnętrzną i powoduje, wespół z kurczeniem się blizny, umykającej się w takich wypadkach od wpływu ciężaru ciała, wznowę dawnego cierpienia. Jedyna przeto poprawka, którą możnaby dodać

do zabiegu Phelpsa, polegałaby na skracaniu ścięgien mięśni strzałkowych w stopniu, odpowiadającym nowemu ustawieniu stopy. Myśli tej nie stosowałem w praktyce, nie chcąc wikłać zabiegu i licząc na stopniowe wyrównanie się braku; wyprostowanie zabezpieczałem przez prosty i tani przyrząd ortopedyczny, robiony na miejscu, albo przez opatrunek gipsowy, gdy rodzice pacyenta nie byli w możności zdobycia się na wydatek kilku rubli. Nadto starałem się, by mały chory przeszedł w szpitalu pierwsze próby chodzenia i przełamał pierwsze trudności, co ośmiela i jego i rodziców do dalszych prób w domu. Przyrząd, który stosuję, składa się z podeszwy metalowej z prętami na goleń; podeszwa jest od wewnątrz wypukła, by zabezpieczała od stopy płaskiej.

Przypadek 1. Herszlik B, miesięcy 5, zapisany do szpitala Żydowskiego w Piotrkowie 9. II. 1904, wypisany 27. II. № operacyi porządkowy 230.

Pes equino-varus cong. uterque.

Obie nóżki zwrócone podeszwami ku wewnątrz, tak że stają na ostrym brzegu zewnętrznym, gdy trzymać dziecko nad stołem; palce przytem są pochylone ku dołowi. Dziecko dotąd leczone nie było.

Obie stopy związane tak mocno, że rozprostowanie, nawet za pomocą użycia znacznej siły, udaje się tylko w stopniu niewielkim, na lewej stronie cokolwiek łatwiej, niż na prawej.

Dla otrzymania śladu stóp natarto podeszwy węglem i przyciśnięto do nich papier, ułożony na deseczce. Ślad, otrzymany w ten sposób, utrwalono przy pomocy szellaku (Fig. 1 A) przez rozpylanie.

12. II. W uśpieniu chloroformowem przecięto po obu stronach ścięgna Achillesa oraz powięź podeszwową podskórnie, poczem poprowadzono cięcia otwarte na krawędziach dośrodkowych, które przejęły wszystkie napinające się więzy i brzegi wewnętrzne krótkich mięśni stopy; ponieważ rozprostowanie nie udawało się i teraz w stopniu dostatecznym, otwarto stawy skokowo-łódkowe, poczem ustawiono nóżki w położeniu prawidłowem bez potrzeby użycia większej siły; rany wypchano gazą jodoformową, wyjałowioną przez gotowanie, opatrzono gazą białą i watą i zagipsowano. Po wyschnięciu gipsu stwierdzono, że paluszki, wystające z opatrunku, nie posiniały ani też nie zbladły. Ponieważ dziecko nie gorączkowało, pozostawiono opatrunek do d. 25. II.

W czasie zmiany opatrunku znaleziono obie stopy ustawione prawidłowo, rany bez śladu ropienia, pokryte ziarniną, która krwawi łatwo. Rany wypchano ponownie i ogipsowano stopy i golenie, jak za pierwszym razem.

27. II. Matka dla zmniejszenia kosztu wypisała się wraz z dzieckiem ze szpitala; do opatrunków mały pacyent zjawiał się w ambulatorium szpitalowem. Opatrywano początkowo przez wycięte okienka, lecz wkrótce

zarzucono ten sposób, jako niepraktyczny i trzymano się nadal planu już wyżej opisanego — rozwierania całego gipsu przez nacięcie.



Fig. 1 A. Rysunek, wykonany ściśle zgodnie z odciskiem.

Po zupełnem zagojeniu zdjęto świeży ślad, który przedstawia Fig. 1 B.

Wewnętrzny brzeg każdej stopy wydłużył się po zabiegu o 1 cm., przez co nóżka zyskała na foremności; prócz tego ślad B. jest fizyologiczny, t. j. otrzymany przez postawienie dziecka na papierze.

Matka miała zalecone, by dziecku nóżki mięsiła i wyginała energicznie dla zapobieżenia nawrotowi. Niestety, nie potrafiła ocenić doniosłości tej wskazówki i gdy mi przywiozła małego pacyenta (była zamiejscową) po kilku miesiącach, wynik początkowy zabiegu był w znacznej części zatarty, zwłaszcza na stronie prawej, która była gorsza od urodzenia. Od tej chwili postanowiłem nie operować dzieci, póki nie są w tym wieku, że już mogłyby chodzić.

Przypadek 2. Frajda S., lat 5, zapisana do szpitala Żydowskiego d. 13. II, 1905, wypisana zdrową 8. IV, przebywszy w szpitalu dni 54. № operacyi 391.

Pes equino-varus sinister cong.

Gdy dziecko miało 2 lata, było mi przedstawione po raz pierwszy, wkrótce po zabiegu dokonanym, jakoby, w jednej z lecznic prywatnych



Fig. 1 B. Rysunek, wykonany ściśle zgodnie z odciskiem.

m. Warszawy, coprawda szerszemu ogółowi nieznanej. Stopa lewa, ustawiona w pozycyi szpotawo-końskiej — była owinięta w bandaż krochmalony. Zabieg miał polegać na cięciu ścięgna Achillesa, a „resztę" jakoby mnie pozwolono i polecono zrobić. Przekonałem ojca chorej, że najlepiej będzie, gdy leczenie ukończy ten sam lekarz, który je rozpoczął, nadmieniając, że gdyby nie dało wyników pożądanych, zajmę się sprawą, o ile dziecko będzie pozostawione w szpitalu i rodzice przystaną, bym działał podług planu własnego.

Przez 3 następne lata nie miałem o chorej żadnych wieści, później pokazano mi ją w ambulansie szpitalnym, przywiezioną z Łodzi, gdzie jej rodzice od lat paru mieszkali. Dziecko nosiło przyrząd, składający się z podeszwy metalowej z klapkami skórzanemi na przegubie, oraz prętów na goleń. Mogłem stwierdzić naówczas, że po najdokładniejszem nawet umocowaniu stopy następowało przekręcenie się tejże podeszwą ku wewnątrz,

gdy dziecko postąpiło kilka kroków. Na fotografii (Fig. 2 B), przedstawiającej odlew gipsowy, wykonany łaskawie na moją prośbę przez jednego z miejscowych dentystów, pana Bolesława Szredera, gdy dziecko po ukończeniu leczenia wypisywało się ze szpitala, widać dosyć dokładnie na krawędzi stopy zewnętrznej odcisk, który powstał od ucisku podeszwy metalowej przyrządu.

15. II. uśpiono dziecko i dopełniono zabiegu leczniczego, który polegał na cięciu ścięgna Achillesa i powięzi podeszwy, oraz cięciu otwartem przez krawędź stopy wewnętrzną w połączeniu z cięciem stawu skokowo-łódkowego. To ostatnie okazało się koniecznem, gdyż stopa, związana silnie w poszczególnych stawach, nie dała się bez tego rozprostować. Na stopę w lekkiej hiperkorekcyi nałożono opatrunek gipsowy, który zdejmowano od czasu do czasu dla opatrzenia rany. Gorączki ani powikłań przyrannych nie spostrzegano. Chora pozostawała w szpitalu aż do zupełnego zagojenia,



Fig. 2 B.

gdyż rodzice mieszkali w Łodzi, a przejęli się już moją zasadą, by leczenie aż do skutku ostatecznego prowadzone było przez tę samą osobę.

Fig. 2 A przedstawia ślad stopy fizyologiczny po ukończeniu leczenia. Na fotografii z odlewu gipsowego, zdjętej w lusterku, by przedstawiała obie połowy stopy, widać dobrze ślad cięcia w postaci szerokiego rowka o brzegach pochyłych i niezdradzających skłonności do tworzenia fałdów, których obawia się Jonas.

Stopa zachowała znaczną wypukłość stępu, lecz po sześciu miesiącach chodzenia rozwinęła się wybitna stopa płaska. Ojciec chorej był tak zachwycony tym ostatecznym — wtórnym wynikiem zabiegu, że wymowa

moja nie wystarczała do przekonania go o niezbędności przeciwdziałania nowej rozwijającej się ułomności.

Przypadek 3. Łaja W. lat 1½, zapisana do szpitala Żydowskiego w d. 3. VII, 1906, wypisana zdrową 23. VIII, przebywszy w szpitalu dni 51. Pes varus uterque congenitus. Przed tem leczona nie była. Zamiejscowa.

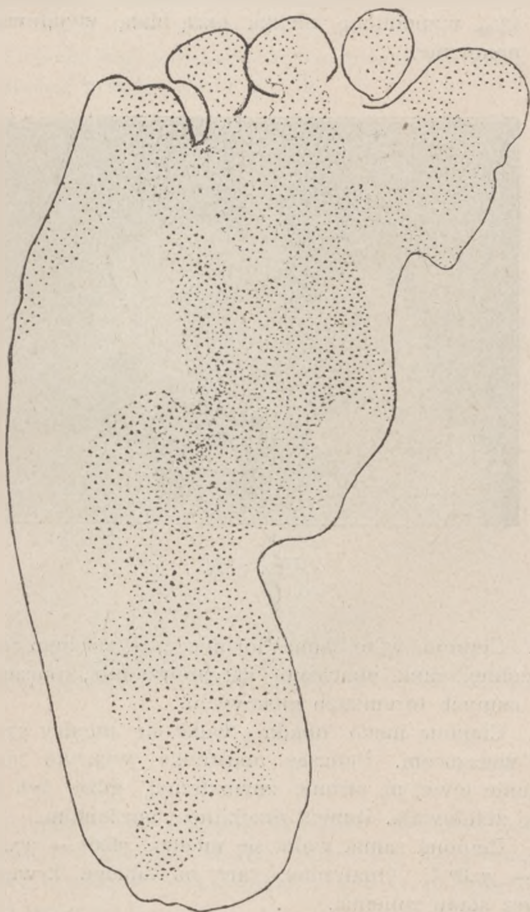


Fig. 2 A. Ściśle podług odcisku.

Obie nóżki zwrócone podeszwą ku górze i wewnątrz, paluszkami ku sobie; skrócony bardzo brzeg wewnętrzny, więcej niż o 90^0 odchylony od swej pozycyi właściwej w kierunku dośrodkowym, brzeg zewnętrzny wypukły półkolisto (Fig. 3 A).

5. VII, w uśpieniu chloroformowem: cięcie ścięgna Achillesa i powięzi podeszwowych oraz cięcie otwarte, rozwierające staw między kośćmi skokową i łódkowatą i rozcinające wszystkie tkanki, które się w prostowaniu napinają. Ranę wypchano gazą jodoformową, wyjałowioną przez gotowanie.

7. VII, wystąpiła gorączka (38°—6. VII 39.2°) oraz białkomocz; wycięto okienka i gazę jodoformową zmieniono na białą.

9. VII. Ciepłota nie opada, paluszki obrzękły. Zdjęto gips, ranki przemyto lapisem ½‰, wypełniono zlekka gazą białą wyjałowioną, opatrzono ogipsowano ponownie.



Fig. 3 A.

12. VII. Ciepłota w tej samej normie; gips rozcięto podłużnie na powierzchni przedniej, ranki opatrzono, jak poprzednio, poczem umieszczono nóżki w tych samych foremkach gipsowych.

16. VII. Ciepłota nieco opadła, waha się między 37.2° — 38° zrana, 37.5° — 38.5° wieczorem. Podczas opatrunku wykryto ropne podskórne ognisko na stopie lewej na stronie zewnętrznej, gdzie był nadmiar skóry i ta mocno się zfałdowała. Ropień przekłuto i opróżniono.

19. VII. Ciepłota ranna waha się między 36.6° — 37.2°, C. wieczorna między 37.5° — 37.8° C. Opatrzono; rany po zabiegu krwawym ziarninują prawidłowo bez śladu ropienia.

21. VII. Poziom ciepłoty taki sam. Ropień przestał wydzielać ropę; obie nóżki zagipsowano na głucho.

22 — 25. VII, gorączki nie było.

26. VII. Ciepłota wieczorna 37,9° C.

27. VII. Zdjęso opatrunek gipsowy z lewej nóżki; ranka operacyjna zlekka ropieje; przemyto lapisem ½‰, przytuszowano 10%-wym, umieszczono w tej samej foremce.

2. VIII. Taki sam opatrunek na obu stronach. Pozycya stopek nie różni się niczem od prawidłowej. Stan bezgorączkowy.

9. VIII. Wieczorem 38.4° C.

10. VIII. Zrana ciepłota 37.1°. Ranki operacyjne zagojone prawie doszczętnie, lecz na grzbiecie nóżki prawej ognisko ropne pod fałdem skórnym, które przekłuto.

16. VIII. Ciepłota prawidłowa od daty poprzedniej. Opatrzono maścią protargolową.

23. VIII. Dziecko zagojone, zdrowe, wypisane do domu.

Wynik zabiegu przedstawia Fig. 3 B.



Fig. 3 B.

Wobec skłonności do opadania krawędzi zewnętrznych oraz przodu stóp obu ku dołowi w stopniu bardzo znacznym, zagipsowano ponownie, radząc, by dziecko chodziło w opatrunku, a gdy ten połamie się zupełnie—by nosiło maszynki przez lat 2.

Po 8–10 miesiącach przywieziono do mnie małą pacyentkę ze skargą, że chodzić przestała, a nawet nóżkami porusza bardzo niedołężnie. Stopy zachowały ustawienie prawidłowe, lecz w lędźwiowym odcinku kręgosłupa powstał garb. Rady mojej, by ująć w gips tułów i miednicę, nie posłuchano. Dalsze losy tej chorej nie są mi znane.

Przypadek 4. Kazimierz Ś., lat 6, zapisany do szpitala Ś-ej Trójcy 11. V. 1909, wypisany zdrowym 23. VI, po przebyciu w szpitalu dni 42. № operacyi porządkowy 1117.

Pes equino-varus dexter cong. Genu valgum dextrum. To ostatnie widać wyraźnie na fig. 4 B.

Chodzi na krawędzi zewnętrznej, gdzie od ucisku powstała „bursa mucosa" wielkości gołębiego jajka.

Gdy miał 8 miesięcy, był leczony w szpitalu dziecięcym przy ul. Aleksandryi, stosowano rédress. force w uśpieniu i gips, który leżał przez 2 miesiące; leczenie na poprawę kalectwa nie wpłynęło.

Łydka prawa bardzo wychudła; brzeg wewnętrzny stopy ułomnej krótszy o 5 cm. w porównaniu ze zdrową. Między długością krawędzi zewnętrznych różnica wynosi zaledwie część centymetra (i ten brzeg krótszy na stopie chorej).



Fig. 4 A.

15. V. W uśpieniu chlorof. wycięto najprzód torbę śluzową i nałożono szew. Potem dokonano cięcia ścięgna Achillesa i powięzi, oraz cięcia otwartego sposobem Phelpsa z rozwarciem stawu. Musiano podwiązać i przeciąć żyłę grzbietową stopy. Rozprostowanie nie udawało się, póki nie przecięto z otwartej rany ścięgna zginacza palucha długiego oraz palców wspólnego; nerw podeszwowy, który również wstawiał się do rany, odsunięto na bok.

Ranę wypchano gazą jodoformową, stopę rozprostowano możliwie dokładnie i ustalono w opatrunku gipsowym.

16. V. Palce, zwłaszcza wielki, cokolwiek obrzękłe i sine. Nacięto gips bocznie po obu stronach i nieco rozwarto w końcu przednim.

22. V. Zdjęto gips i szwy z rany po wycięciu torebki śluzowej. Prima reunio. Z rany otwartej gazy nie wyjmowano. Gips nałożono świeży.

25. V. Wykrojono okienko i opatrzono ranę po cięciu otwartem, która ziarninuje prawidłowo.

29. V. Opatrzono przez okienko, chodzi z gipsem, opierając się na kuli.

4. VI. Gips zdjęto, rankę pokryto maścią gwajakolowo-jodoformową, poczem nałożono świeży, mocny, opatrunek gipsowy.

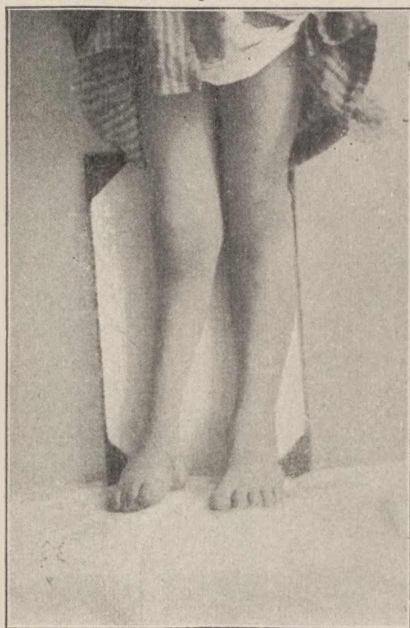


Fig. 4 B.

14. VI. Chodzi w gipsie bardzo dobrze, opiera się tylko na kijku.

20. VI. Zdjęto gips i opatrzono zwyczajnie.

23. VI. Zagojony. Brzeg zewnętrzny stopy wydłużył się o 4 cm., czyli skrócenie w porównaniu ze stopą zdrową wynosi 1 cm. (po zabiegu).

Przez cały czas nie gorączkował ani razu.

Wynik leczenia widać z załączonych fotografii, Fig. 4 A i B.

Chłopiec dostał przyrząd ortopedyczny, składający się z metalowej, od wewnątrz wypukłej podeszwy, z prętami na goleń. Nie widziałem go dotąd, lecz wiem dobrze od osób trzecich, mieszkających w Bełchatowie,

że chodzi i biega narówni z innymi chłopcami; przyrządu używa, lecz niestale, gdyż stopa nie okazuje skłonności do wykrzywienia się ponownego.

Przypadek 5. Perla B., lat 3, zapisana do szpitala Żydowskiego w Piotrkowie 5. XI. 1909 r., wypisana zdrową 20. I. 1910 przebywszy w szpitalu dni 46. № operacyi 1196.

Pes-varus congen. uterq., jak na fig. 5 A. Na stronie lewej skrzywienie nieco większe, lecz długość krawędzi wewnętrznych jednakowa (7 cm. do



Fig. 5 A.

początku członeczka podstawowego palucha); leczoną dotychczas nie była. Na zewnętrznej połowie grzebietów widać odciski od stawania; przód stopy lewej kieruje się nieco ku górze.

9. XII. W uśpieniu chloroformowem po obu stronach cięcie ścięgien Achillesa oraz powięzi podeszwowych, potem cięcie Phelpsa otwarte aż do kości, przejmujące wszystkie napinające się tkanki. Rozprostowanie, dzięki wiotkiemu związaniu stawów stopy, udaje się bez otwarcia stawu, lecz oba paluchy przyciągają się bardzo znacznie ku podeszwom, przeto zakończono

zabieg przez podskórne przecięcie ich ścięgien na wysokości podstaw paluchów.

Rany wypchano gazą jodoformową i ogipsowano do połowy goleni w ustawieniu prawidłowem.

Reszta paluszków przykurzcza się, lecz nienadmiernie. Podniesienia ciepłoty nie stwierdzono przez cały czas pozostawania chorej w szpitalu.

25. XII. Zdjęto gips; ranki krwawią bardzo żywo po wyciąganiu gazy; ziarninowania nie widać.



Fig. 5 B.

W nakładaniu świeżego gipsu nie zachodziła potrzeba forsownego ustawiania stopek.

30. XII. Wycięto okienka i opatrzono ranki, dotąd bardzo krwawliwe, potem ogipsowano stare foremki dodatkowo.

3. I. 1910. Zdjęto dodatkowe bandaże, ranki pociągnięto lapisem i opatrzono jak poprzednio.

7. I. Opatrzono maścią lapisowo-balsamową Mikulicza, potem obandażowano tak samo

12 I. Opatrunek, jak poprzednio. Zagojenie prawie zupełne.

17. I. Gips usunięto. Wydłużenie w porównaniu z długością krawędzi wewnętrznych przy największem, dającem się przed zabiegiem uzyskać rozprostowaniu, wynosi $1^1/_4$ cm. dla prawej i $1\frac{1}{2}$ cm. dla lewej stopy.

Fig. 5 B. przedstawia stopy po operacyi; dziecko jest trzymane w powietrzu, nóżkami dotyka tylko stołu. Widzimy, że obie krawędzie zewnętrzne opadają ku dołowi — po stronie lewej więcej niż po prawej, gdyż skrzywienie było tu większe i mięśnie strzałkowe musiały uledz silniejszemu rozciąganiu.

Przed wypisaniem nałożono jeszcze raz mocny opatrunek gipsowy do chodzenia, którego pierwsze próby odbywały się w szpitalu, aczkolwiek matka chorej trudno się do nich dawała namówić. Na fotografii nóżki wydają się jeszcze nieco szpotawemi, lecz siła jednego palca wystarczała, by je utrzymać w pozycyi prawidłowej, jak to widzimy u chorej Łai W. na fig. 3 B.

PIŚMIENNICTWO ZUŻYTKOWANE.

1. A. M. Phelps. The open operation for talipes Brit. Med. J. 20. X 1900.
2. Büninger. Über die Behandlung angebor. Klumpfusses in der v. Volkmannschen Klinik zu Halle Zentralbl für Chirurgie 1889 p. 409.
3. Lane Arbuthnot. Lancet 1893, 19. VIII.
4. Kellock Ibidem 30. III.
5. Jonas. A modification in the operative method for inveterate and relapsed cases of talipes e. v. Annals of Surgery 1899 I. p. 449.
6. Coville. De l'utilité de l'incision de Phelps comme premier temps de l'operation du pied bot e. v. invetéré. Presse medicale 1901. № 72.
7. Bradford. Operative treatment of resistent club foot (Boston J. 1892) z cyt. Virchow et H. Jrbr. 1892.
8. Kirmisson (Gazette de Paris 1896) z cyt. Virch et H. Jrbr. 1896.
9. Clutton. vide A system of Surgery (II p. 54 r. 1891) by Treves.
10. Owen. The surgical diseases of children p. 472 (r. 1897).
11. Clarke. Orthopaedic Surgery p. 177 (r. 1899).
12. Valsham. Virchow et H. Jrbr. 1893.
13. Schramm. Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego p. 55 (1901).

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży.

zestawił

BRONISŁAW SZYBOWSKI.

Rzecz odczytana na posiedzeniu sekcyi ginekologicznej 23 marca r. b.

Łączność pomiędzy ciążą a chorobami nerek spostrzeżona była już bardzo dawno. To też piśmiennictwo w tej sprawie jest olbrzymie. Pollak w pracy swej o chorobie nerek w związku z ciążą (rok 1908) przytacza 611 prac, jednakże większość prac tych poświęcona jest rozmaitym odmianom zapalenia samej tkanki nerkowej, podczas gdy o zapaleniu miedniczki nerkowej mamy stosunkowo niewiele prac. Właściwie na zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży, jako na oddzielną jednostkę chorobową, zwrócono uwagę niedawno.

Wprawdzie już w roku 1841 Rayer zwrócił uwagę, że powiększająca się macica podczas ciąży często powoduje zapalenie pęcherza moczowego, rozciągnięcie nerek oraz zapalenie moczowodów, miedniczek i nerek. Następnie Kaltenbach w r. 1871 w pracy swej przytacza przypadek zapalenia miedniczki nerkowej, które wystąpiło tylko podczas ciąży, lecz praca ta, jak również i praca Chamberlaina w r. 1877, którego zdaniem macica ciężarna i główka płodu podczas porodu spowodowały rozszerzenie moczowodu, co było przyczyną następczego zapalenia miedniczki nerkowej, nie zwróciły na się należytej uwagi. Ten sam los spotkał prace Leydena, Felsenreicha i Krusego.

Należyte zwrócenie uwagi na zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży datuje się dopiero od r. 1892, w którym to roku Reblaub na kongresie chirurgicznym w Paryżu wyodrębnił cierpienie to od reszty zaburzeń w drogach moczowych podczas ciąży i podał kliniczny przebieg tegoż. Od daty tej ukazał się długi szereg prac, które dowiodły, że niesłusznie niezwracano uwagi na tak ważne powikłanie ciąży, jakiem jest zapalenie miedniczki nerkowej.

Początkowo najwięcej pisali w tej sprawie francuzcy autorowie, którzy pierwsi za przykładem Reblauba zaczęli głosić, że zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży należy uważać za cierpienie odrębne dzięki swemu pochodzeniu, przyczynom i swoistym objawom; następnie zjawiły się prace i w innych językach tak, że w roku 1905 Opitz zebrał już 84 przypadki tego cierpienia, a Mirabeau w roku 1907 przytacza jeszcze 8 świeżych prac.

Przyczyny powstawania omawianego cierpienia nie są jasne i co do tego zdania autorów są dość sprzeczne. Że powodem zapalenia miedniczki nerkowej podczas ciąży są drobnoustroje, dowodzić nie potrzeba. W danym więc razie chodzi o to, w jakich okolicznościach i jakiemi drogami bodźce te dostają się do miedniczek, czyli jaki stosunek przyczynowy zachodzi pomiędzy ciążą i powstawaniem omawianego cierpienia.

Bernoud, Stadtfeld i inni są zdania, że przedewszystkiem winić należy ucisk, wywierany przez powiększającą się macicę na moczowód, ucisk ten niewielki, lecz stały, początkowo powoduje utrudniony odpływ moczu, następnie zatrzymanie tegoż, co znowu wywołuje uszkodzenie tkanek, dość że w powstałem tutaj miejscu zmniejszonej odporności bardzo łatwo rozwinąć się może zakażenie, mając podatny grunt do zaszczepienia się drobnoustrojów. Bernoud, Bonneau i Rablaud dla poparcia swego zdania przytaczają doświadczenia, wykonane na królikach z przewiązaniem moczowodu, co w danym razie miało zastąpić ucisk, wywierany przez macicę. Po przewiązaniu wstrzykiwali w żyłę uszną królika niewielką ilość słabej hodowli paciorkowców lub lasecznika okrężnicy. Oględziny pośmiertne, wykonane na zabijanych po upływie kilku dni zwierzętach, wykazywały obecność tych drobnoustrojów w miejscu przewiązania moczowodu.

Niektórzy autorowie, a w ich liczbie Reed, są wręcz przeciwnego zdania. Ten ostatni utrzymuje, że gdyby istotnie ciężarna macica uciskała tak bardzo moczowód, to zapalenie miedniczki nerkowej musiałoby również występować wobec włókniaków macicy, torbieli jajnika lub ciąży bliźniaczej, podczas gdy statystyka wykazuje, że w tych przypadkach zapalenie miedniczki nerkowej przytrafia się bardzo rzadko. Również trudno, zdaniem tego autora, objaśniać przypadki obustronnego zapalenia miedniczki nerkowej jednoczesnem uciśnięciem przez ciężarną macicę obu moczowodów. Należy uprzytomnić sobie, mówi Reed, jak wielkiej potrzeba siły ze strony moczowodu, żeby przepchnąć kropla po kropli mocz przez ujście w pęcherzu moczowym i przemódz opór coraz więcej napełniającego się pęcherza moczowego, to też dziwną wydaje się możliwość uciśnięcia moczowodu przez jakiś organ jamy brzusznej lub powiększającą się macicę, któreby to uciśnięcie mogło wywołać zastój moczu. Jeżeliby istotnie zastój sam naturalnie z równoczesnem przedostaniem się drobnoustrojów mógł doprowadzać do zapalenia miedniczki nerkowej, to jakże objaśnić przypadki, gdzie moczowód może być w ciągu tygodnia zatkany całkowicie przez kamień, a podczas operacyi znajduje się tylko kamień i rozległe niezakażone wodonercze.

Autor ten jest zdania, że zapalenie miedniczki nerkowej jest cierpieniem właściwem ciąży, wywołanem przez zwyrodnienie nabłonka i miąższu nerkowego, jako skutek wysięku i przesięku przez tkankę nerkową jadu, właściwego ciąży, z jednoczesnem wtargnięciem drobnoustrojów niezawodnie pęcherzowego pochodzenia. Charakter tych zmian jest taki, jak w nerce kobiet ciężarnych, lecz rozległość sprawy chorobowej jest większa. Nabłonek nerkowy i część miąższu są tłuszczowo zwyrodniałe.

Mirabeau również odrzuca zupełnie znaczenie uciśnięcia moczowodu przez macicę ciężarną, gdyż zawsze z łatwością udawało mu się wprowadzić cewnik do miedniczki. Przeszkoda w odpływaniu, zdaniem jego, znajduje się u wejścia moczowodu do pęcherza moczowego, gdzie fałdy błony śluzowej mocno uciskają moczowód.

Zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że macica ciężarna, uciskając moczowód, może łatwo wywołać zastój moczu

z następczem rozciągnięciem miedniczki. Przedewszystkiem, jak wykazały doświadczenia Halbertsmy na psach, ciśnienie w moczowodach jest bardzo słabe, wskutek czego ciężarek wagi zaledwie 5,0, uciskający moczowód na przestrzeni 8 m. m., wstrzymuje już prąd słupka 400.0 moczu. Poszukiwania Ludwiga i Löbela dowiodły, że ciśnienie moczu w miedniczkach nie przewyższa słupka rtęci wysokości 10 m. m. Następnie wiadomo, że nawet w warunkach zwykłych moczowody znajdują się w bardzo bliskim stosunku anatomicznym do macicy. Rzeczywiście moczowód, dosięgnąwszy więzu szerokiego, wstępuje w przymacicze, przez które dąży aż do samego pęcherza moczowego. Przestrzeń, dzieląca moczowód od macicy, wynosi według Ricarda zaledwie $1^1/_2$ ct., podczas gdy $2^1/_2$ ct. dzieli moczowód od pierścienia kostnego miednicy małej. Samo przez się rozumie się, że podczas ciąży z powodu powiększania się macicy przestrzeń ta zmniejsza się jeszcze.

Statystyka położnicza wykazuje, że w większosci przypadków macica ciężarna odchyla się na prawo (dextroversio uteri), robiąc jednocześnie zwrot koło osi pionowej, na skutek czego lewy jej brzeg zwraca się ku przodowi, prawy zaś ku tyłowi (dextrotorsio uteri). Tem prawdopodobnie da się wytłómaczyć częstsze usiśnięcie prawego moczowodu, niż lewego. Być może, że szczególniej w przypadkach zapalenia miedniczki nerkowej w ostatnich miesiącach ciąży odgrywa pewną rolę ustawienie się główki w pewnym skośnym wymiarze miednicy (I-e czaszkowe — przednia, lub II-ie czaszkowe — tylna odmiana). Następnie zwrócić należy uwagę, że wogóle prawa nerka częściej podlega zaburzeniom w porównaniu z lewą, tak np. znacznie częściej spotykamy z tej strony nerkę ruchomą lub cierpienie gruźlicze.

Zdaniem niektóryca autorów, częstsze rozszerzenie prawego moczowodu należy objaśniać tem, że moczowód prawy po wejściu do miednicy małej względnie — skrzyżowaniu się z prawą tętnicą biodrową czyni mocniejsze załamanie, niż lewy, oraz początkowo przebiega więcej na zewnątrz i ku dołowi i dopiero głębiej w miednicy kieruje się bardziej ku wewnątrz; lewy zaś moczowód przebiega więcej pionowo. Prawy moczowód, przebiegając bardziej ku zewnątrz, niż lewy, oddalony jest więcej od ochraniającego go występu wzgórka krzyżowego, przez co

łatwo narażony jest na ucisk. Hammarsten jest zdania, że powiększająca się macica odsuwa w miednicy moczowód więcej na zewnątrz, wobec czego zwiększa się załamanie na miejscu skrzyżowania z tętnicą biodrową i może łatwo nastąpić zamknięcie światła moczowodu.

Powyższe dane w zupełności zostały potwierdzone oględzinami pośmiertnemi osób zmarłych podczas ciąży. Jeszcze Cruveilhier w swej anatomii opisowej zaznaczył, że moczowody zmarłych w połogu lub ostatnich miesiącach ciąży przedstawiają znaczne rozszerzenie. Stadtfeld na 16 oględzin pośmiertnych osób zmarłych podczas ciąży z rozmaitych powodów w 9 przypadkach znalazł znaczne rozszerzenie dróg moczowych, przekrwienie błony śluzowej oraz miedniczkę napełnioną mętnym moczem. Löhlein badając stan moczowodów u 32 ciężarnych, zmarłych na drgawki porodowe, w 8 przypadkach znalazł rozszerzenie jednego lub obu moczowodów.

Pollack na 130 oględzin pośmiertnych również zmarłych na drgawki porodowe w 35 przypadkach stwierdził rozszerzenie moczowodów, w tej liczbie w 17 przypadkach prawostronne, w 18 pozostałych obustronne. Wreszcie Olshausen na 34 oględziny pośmiertne znalazł w 13 obustronne, w 10 prawostronne, a tylko w 2 przypadkach lewostronne rozszerzenie moczowodów.

W jakim odcinku moczowodu następuje uciśnięcie tegoż przez ciężarną macicę?

Steckel zwraca uwagę na tę okoliczność, że powiększająca się macica być może wpływa na powstawanie zwężeń patologicznych na miejscach zwężeń, prawidłowo znajdujących się na przebiegu moczowodów. Zwężeń tych znajdujemy trzy: jedno tuż przy miedniczce nerkowej, drugie w okolicy przejścia moczowodu przez linię bezimienną, a trzecie tuż przy pęcherzu moczowym. Zdaniem autora, zastój moczu w zapaleniu miedniczki nerkowej miewa miejsce w zwężeniu środkowem. W przypadkach typowych znajdujemy wrażliwość na ucisk w punkcie Mac-Burneya, prócz tego cewnikując moczowody mniej więcej na 10 — 13 ct. powyżej pęcherza moczowego spostrzegamy zwykle zatrzymanie się cewnika. Zewnętrzne miejsce wrażliwe na ucisk i miejsce zatrzymania się cewnika znajdują się na jednym poziomie i odpowiadają pośrodkowemu

fizyologicznemu zwężeniu moczowodu. Według Bernouda większość oględzin pośmiertnych zdaje się przemawiać na korzyść tego, że ucisk ma miejsce w górnem zwężeniu.

Jakie są następstwa uciśnięcia moczowodów przez macicę ciężarną? Do zupełnego zamknięcia światła moczowodu nie dochodzi, lecz, jak wykazały doświadczenia Guyona, Albarrana i Legueu zmniejszenie światła moczowodu wystarcza do powstania wodonercza; co prawda, rozwija się ono nie tak szybko, jak w przypadkach zupełnej niedrożności moczowodów, może jednak dochodzić do większych rozmiarów wskutek mniejszego ciśnienia wewnątrz miedniczki nerkowej i nerki oraz powolniejszego znikania prawidłowej budowy i czynności miąższu nerkowego.

Jak dowiodły wielokrotne doświadczenia, podwiązanie niezakażonego moczowodu z zachowaniem najściślejszej czystości powoduje przekrwienie i złuszczenie nabłonka w moczowodzie i miedniczce nerkowej oraz następcze zmiany w samych nerkach, a mianowicie rozszerzenie kanalików moczowych, zmianę w kłębuszkach, wybroczyny miąższowe a nawet zanik nerki. Dodać należy, że mocz zatrzymany w moczowodach znacznie prędzej ulega rozkładowi, niż zatrzymany w pęcherzu moczowym z jakiejbądź przyczyny.

Dzięki zmianom powyższym nerki i odcinek dróg moczowych powyżej miejsca uciśnięcia stają się mniej odporne i przedstawiają grunt bardzo podatny dla wtórnego rozwoju drobnoustrojów. Dowodzą tego w zupełności przytoczone wyżej doświadczenia Bonneau i innych z podwiązaniem moczowodów u królików. Jeszcze bardziej przekonywające są doświadczenia Enderlena, który robił próby z lasecznikiem, otrzymanym z ropy w przewlekłem zapaleniu miedniczki nerkowej u bydła. Lasecznik ten, wstrzyknięty do krwi zwierzęcia, wywoływał zapalenie miedniczki nerkowej tylko w razie przewiązania moczowodu, bez tego nie był zdolny wywołać tego cierpienia.

Albarran i Halle wstrzykiwali do moczowodu, po przewiązaniu tegoż, czystą hodowlę „bacterie pyogene“, którą wielu autorów uznaje za identyczną z lasecznikiem okrężnicy, i otrzymywali po upływie 12—16 dni ropne zapalenie miedniczki nerkowej. Podobne wyniki otrzymał Albarran, robiąc doświadczenie z gronkowcem złocistym i paciorkowcem ropnym oraz

długi szereg autorów podczas doświadczeń z lasecznikiem okrężnicy.

Stepanoff na zasadzie swych doświadczeń doszedł do następujących wniosków: jeżeli wstrzyknąć do jednego z moczowodów czystą hodowlę gronkowca złocistego lub lasecznika durowego i nie przewiązać następnie moczowodu, to nie otrzymuje się ani zapalenia miedniczki nerkowej z odpowiedniej strony, ani objawów ogólnego zakażenia lub zmian jakichkolwiek w drugiej nerce; podwiązując zaś moczowód, otrzymujemy objawy wstępującego zapalenia miedniczki z tej strony; zmiany te są tem większe, im dłużej po wstrzyknięciu hodowli i przewiązaniu moczowodu zwierzę pozostaje przy życiu. Najwięcej drobnoustrojów usadawia się w tkance śródmiąższowej, mniej w kanalikach, a najmniej w naczyniach krwionośnych; jednocześnie występuje ogólne zakażenie i zmiany w drugiej nerce. Wstrzykiwanie gronkowca złocistego do krwi zwierzęcia wywołuje zstępujące zapalenie obu miedniczek nerkowych; wrazie przewiązania jednego moczowodu otrzymuje się z tej strony nasilenie objawów, tem większe, im dłużej zwierzę pozostaje przy życiu.

Mirabeau, robiąc doświadczenia na królikach i psach, otrzymywał zapalenie zstępujące miedniczki nerkowej drogą krwionośną przez wstrzykiwanie do żyły lasecznika okrężnicy po podwiązaniu moczowodu lub przyszyciu kątnicy do torebki nerkowej, gdy tymczasem wprowadzenie do pęcherza moczowego lasecznika okrężnicy nie wywoływało zapalenia miedniczki nerkowej pomimo podwiązania moczowodu.

Doświadczenia powyższe dowodzą niezbicie, że uciśnięcie moczowodu nadzwyczaj sprzyja powstawaniu zapalenia miedniczki nerkowej, i że wobec zupełnej drożności moczowodu zakażenie nieswoistego pochodzenia (nie gruźlicze i nie rzeżączkowe) zazwyczaj nie wywołuje tego cierpienia. Zestawienie tych 2-u czynników: uciśnięcie moczowodu przez ciężarną macicę i łatwość powstawania zapalenia miedniczki nerkowej wobec zastoju moczu daje upoważnienie do uzasadnionego przypuszczenia, że ciąża istotnie stwarza warunki, sprzyjające powstawaniu omawianego cierpienia.

Jakiemi drogami dostaje się zakażenie do miedniczki nerkowej? Odróżniamy dwa rodzaje zapaleń miedniczki nerkowej:

zstępujące i wstępujące, czyli, że w pierszym przypadku zarazki dostają się do miedniczki z prądem moczu z nerek, względnie zakażenie bierze się ze krwi, w drugim zaś—drogą wstępującą z zakażonego pęcherza moczowego. Albarran utrzymuje, że cierpienie to również może powstawać drogą zakażenia przez naczynia chłonne, lecz ze względu na szczególną rzadkość spostrzegania tego rodzaju zakażenia droga ta nie ma praktycznego znaczenia.

Najczęściej znajdowano w omawianych przypadkach lasecznik okrężnicy, choć również wykrywano w moczu drobnoustroje ropotwórcze, dwoinki wiewiórowe i laseczniki gruźlicze. Lasecznik okrężnicy zazwyczaj spostrzega się w czystej hodowli; Albeck na 150 przypadków zakażenia moczu u ciężarnych i rodzących w 131 znalazł czystą hodowlę tegoż lasecznika. Albarran na 23 przypadki zakażenia miedniczki nerkowej w każdym przypadku znalazł lasecznik okrężnicy, z tego w 15 przypadkach czystą hodowlę.

Co się tyczy drogi zakażenia, to w tym względzie panuje różnorodność poglądów. Większość niemieckich autorów uznaje prawie wyłącznie drogę wstępującą z pęcherza moczowego do górnego odcinka dróg moczowych, podczas gdy francuzcy autorowie, wprost przeciwnie, duże znaczenie przypisują drodze zstępującej i wypowiadają nawet zdanie, że lasecznik okrężnicy może się dostawać bezpośrednio przez ścianę kiszki do dróg moczowych, czemu jakoby sprzyja blizki stosunek anatomiczny pomiędzy okrężnicą a nerką, szczególniej prawą.

Obecność lasecznika okrężnicy w pęcherzu moczowym niemieccy autorowie tłómaczą przedostawaniem się tegoż ze sromu do pęcherza moczowego, co bynajmniej nie zawsze sprowadza przedostawanie się zarazka do moczowodów, jak również nie zawsze w tym przypadku ma nastąpić zapalenie samego pęcherza moczowego. Wielokrotne doświadczenia dowiodły, że obecność w pęcherzu moczowym zarazków przez długi okres czasu może nie sprowadzić stanu chorobowego tegoż.

W prawidłowych warunkach moczowód dostatecznie broniony jest przed wniknięciem drobnoustrojów dzięki zastawkowatemu zamknięciu swego ujścia, jak również dzięki temu, że mocz wytryskuje z moczowodu do pęcherza moczowego takim

silnym strumieniem, iż zarazki zawsze bywają odrzucane z powrotem do pęcherza.

Ta naturalna obrona moczowodów może być zagrożona zarówno cierpieniem pęcherza moczowego, jak i samych moczowodów. W pierwszym przypadku szczególniej wrazie zajęcia mięśniówki mogą występować tak mocne skurcze pęcherza moczowego, że mocz, względnie zarazki, mogą dostawać się do moczowodów; w drugim zaś przypadku jakiebądź zaburzenie w prawidłowej czynności moczowodu również stwarza warunki pomyślne dla przedostania się drobnoustrojów. Na podstawie doświadczeń Engelmanna i Bouvina wiadomo, że wrazie uciśnięcia odcinek moczowodu poniżej miejsca uciśnięcia nie bierze udziału w ruchu robaczkowym, wobec czego zamknięcie ujścia pęcherzowego moczowodu nie jest całkowite i powstaje możliwość przedostawania się drobnoustrojów z pęcherza moczowego do moczowodów, wzlędnie miedniczek, które to drobnoustroje w tym razie przedostają się do górnego odcinka dróg moczowych jakoby wyłącznie dzięki ruchom własnym. W tym ostatnim przypadku jeszcze raz potwierdza się wpływ ciąży na zapalenie miedniczki nerkowej, dzięki wywieranemu na moczowód uciskowi.

Francuzcy autorowie, nie odrzucając bynajmniej drogi wstępującej, przywiązują dużą wagę do zakażenia przez krew, utrzymując, że drobnoustroje przedostają się do miedniczek nerkowych drogą naczyń krwionośnych z przewodu pokarmowego. Doświadczenia wykazały, że zaburzenia w przewodzie pokarmowym, rozwinięte w silnym stopniu, czasami poprzedzają i wywołują nieżyt miedniczek nerkowych t. zw. „coli — pyelitis“, bądź przez zakażenie drobnoustrojami, bądź przez podrażnienie przetworami trującymi; zarówno pierwsze jak i drugie ze światła jelit dostają się do obiegu krwi, a stąd do organów moczowych. Podczas ciąży bardzo często bywa zaparcie stolca, które może sprzyjać przedostawaniu się lasecznika okrężnicy do obiegu krwi.

Na poparcie tego zdania, że zakażenie do miedniczek nerkowych nie zawsze dostaje się drogą wstępującą, wielu francuzkich autorów przytacza tę okoliczność, iż wobec już istniejącego zapalenia miedniczki bardzo często pęcherz moczowy jest zupełnie niebolesny i że zjawiające się w okolicy pęcherza

moczowego bóle są odruchem z chorych nerek. Na prawidłowy stan pęcherza moczowego w tych razach wskazują brak bólu od ucisku zzewnątrz lub po wprowadzeniu cewnika, jak również od rozciągania płynem pęcherza moczowego. Z tem ostatniem zdaniem nie zgadza się Opitz, dowodząc, że obecność drobnoustrojów w pęcherzu moczowym niezawsze wywołuje cierpienie tegoż, że przecież zakażenie może przejść do górnego odcinka dróg moczowych, pomimo skończenia się lekkiej sprawy chorobowej w samym pęcherzu moczowym i nakoniec, że wobec lekkiego przewlekłego nieżytu, stwierdzonego przez badanie moczu i oglądanie wziernikiem pęcherzowym, można wlać do pęcherza moczowego 250.0 płynu i nie wywołać żadnych bólów, jak również przez zewnętrzny i wewnętrzny ucisk na ścianę pęcherza moczowego.

Zapalenie miedniczki nerkowej występuje najczęsciej pomiędzy 5-ym a 8-ym miesiącem ciąży, największa jednak liczba przypadków (15 na 64), jak wykazuje statystyka Opitza, przypada na 5-ty miesiąc ciąży, co należy objaśniać tem, że w tym okresie powiększająca się macica dosięga jamy brzusznej, wskutek czego może powstać uciśnięcie moczowodu. Przed upływem 4 go miesiąca ciąży cierpienie to zjawia się bardzo rzadko, na 64 przypadki spostrzegano zapalenie miedniczki nerkowej 2 razy w 3-im i 6 razy w 4-ym miesiącu ciąży. Czasami choroba zjawia się w ostatnim miesiącu ciąży lub na kilka dni przed rozwiązaniem, co, zdaniem Halbertsmy i Olshausena, tłómaczy się uciskiem, jaki wywołuje wstawiająca się w wejściu do miednicy główka; naturalnie, że zjawia się to wcześniej i częściej u pierwiastek, niż u wieloródek.

Co się tyczy pytania, u której kategoryi ciężarnych, czy u pierwiastek, czy też u wieloródek, spostrzega się częściej zapalenie miedniczki nerkowej, to tak kategorycznie, jak w sprawie drgawek porodowych, odpowiedzieć nie można, bądź co bądź częściej zapadają wieloródki. Cathala wykazuje, że na 83 przypadki spostrzeganego cierpienia było 35 pierwiastek i 48 wieloródek. Według statystyki Opitza na 66 chorych było 32 pierwiastki i 34 wieloródki. U Bernoud znajdujemy na 13 wieloródek — 9 pierwiastek. Według Orłowskiego, na 63 przypadki, w których podano dokładne dane w tym kierunku, na pierwiastki przypada 28, na wieloródki 35.

W danym razie, być może, pewną rolę odgrywa okoliczność, że przebyte podczas pierwszej ciąży ukryte zapalenie miedniczki nerkowej wybucha z większą siłą podczas następnej ciąży, wiadomo bowiem, że raz przebyte cierpienie usposabia do nawrotów.

Najczęściej zapalenie dotyczy prawej miedniczki nerkowej; zjawisko to dostatecznie już wytłómaczonem zostało wyżej. Na 63 przypadki statystyki Opitza w 50 przypadkach stwierdzono prawostronne, w 9 lewostronne, w 4 obustronne zapalenie miedniczki nerkowej.

Omawiane cierpienie, jak to można wnosić z niewielkiej stosunkowo liczby opisanych przypadków, zdarza się niezbyt często.

Przebieg zapalenia miedniczki nerkowej podczas ciąży przedstawia dość zmienny obraz chorobowy. Czasami choroba zaczyna się raptownie dreszczami i wysoką gorączką i prędko dochodzi do groźnego stanu, w innych przypadkach przebiega skrycie i dopiero po pewnym czasie występują dość żywe objawy chorobowe lub też ma się przed sobą objawy ogólnego niedomagania i dopiero przypadkowo wykonane badanie moczu wykrywa istotną przyczynę choroby.

W przypadkach lżejszych chore wskazują na bolesne urynowanie, parcie na mocz oraz bóle w całym brzuchu, które następnie umiejscawiają się zazwyczaj w prawej okolicy lędźwiowej; czasami bez widocznego powodu następują mocne dreszcze, ciepłota podnosi się znacznie i przekracza nieraz 40^0, tętno jednak nie jest zbyt przyspieszone: od 100—110 uderzeń na minutę. Chore w tych przypadkach wskazują na ogólne niedomaganie, silny ból głowy, brak apetytu, język bywa suchy i obłożony, wymioty zdarzają się rzadko; zazwyczaj bywa zaparcie stolca, rzadziej rozwolnienie. W tym okresie zjawiają się bóle w prawym boku, nieraz nadzwyczaj mocne: najmniejszy dotyk lub poruszenie się chorej zwiększa je do tego stopnia, że chore leżą bez ruchu na lewym boku lub rzadziej na brzuchu. Bóle promieniuja w okolicę pęcherza moczowego lub kończynę dolną tejże strony. Okresy wysokiej gorączki z dreszczami lub bez przerywane są stanem podgorączkowym lub nawet bezgorączkowym.

Ilość moczu początkowo zmniejsza się, później zwiększa się nieco i dosięga 1000 ct. sz. na dobę, czasami ilość moczu jednocześnie z poprawą stanu ogólnego podnosi się do 3000 sz. ct. na dobę i następuje wyzdrowienie, często jednak zjawia się powtórnie gorączka o dużych wahaniach, w innych znów przypadkach występują objawy tak groźne, jak w początku choroby.

Odczyn moczu zazwyczaj bywa kwaśny. Mocz jest jednostajnie mętny, zmętnienie może się utrzymać nawet po ustaniu się moczu. W obfitym, rozmaitej grubości, osadzie z moczu znajdujemy dużą ilość białych ciałek krwi, nabłonki pęcherzowe, małe wielokątne i ogoniaste nabłonki, oraz sole w postaciach skrystalizowanych i bezkształtne. Czerwonych ciałek krwi brak zupełnie lub są w niewielkiej liczbie; często znajdują się również wałki. Mocz dość często zawiera białko w rozmaitej ilości, zazwyczaj niezbyt dużej. Pozatem w osadzie znajduje się obfitość drobnoustrojów, które prócz tego wykryć można i w zupełnie klarownym moczu; jest to przeważnie, jak wyżej była mowa, czysta hodowla lasecznika okrężnicy.

Badanie chorych wykazuje wzmożenie odporności mięśniowej w okolicy prawej nerki lub nawet dość znaczne wypuklenie oraz ból od ucisku. Bądź co bądź, obmacywanie brzucha ze względu na obecność ciężarnej macicy jest dość utrudnione, tembardziej, że nieraz badanie bywa nadzwyczaj bolesne. Po większej części znajduje się bolesność od ucisku na przebiegu moczowodu w punkcie, odpowiadającym punktowi Mac-Burneya. Moczowód wyczuć można, bardzo często w znacznej części jego przebiegu, jako gruby bolesny powróz. Czasami nie znajduje się wyraźnego obrzmienia w okolicy nerki, lecz tylko ból od ucisku. Okolica pęcherza moczowego bardzo mało lub nawet wcale niebolesna.

Przedstawiony powyżej obraz chorobowy odpowiada większości opisanych przypadków. W niektórych razach atoli choroba występuje zupełnie powoli, tak że w początkach chore nie zdają sobie sprawy ze swego cierpienia, pomimo dość groźnego stanu ogólnego. W tych przypadkach ogólne osłabienie, bóle głowy i nudności występują na pierwszy plan. Gorączka występuje powoli i nie jest wysoka, tętno odpowiada wysokości ciepłoty. Czasami choroba przebiega w postaci na-

padów, okresy pozornego wyzdrowienia przeplatane są wstrząsającymi dreszczami, wysoką gorączką wraz z wszelkimi opisanymi wyżej objawami.

Zazwyczaj z chwilą rozwiązania następuje zakończenie sprawy chorobowej. Jest to zupełnie zrozumiałe na podstawie tego, co było powiedziane w rozdziale o przyczynach choroby: z chwilą ustania ucisku na moczowód, ten ostatni staje się drożnym i miedniczka znajduje się w warunkach, sprzyjających powrotowi jej do stanu prawidłowego; w innych przypadkach wyzdrowienie jest tylko pozorne. Ropomocz i białkomocz trwają i znikają dopiero wówczas, gdy wykonany ten lub ów zabieg operacyjny nada inny kierunek przebiegowi sprawy chorobowej.

Bredier i Albarran opisują przypadki ukrytego zapalenia miedniczki nerkowej, chore mają ropomocz, lecz nie gorączkują, mogą zajmować się pracą i wskazują jedynie na nieokreślone bóle.

Rozpoznanie bardzo często nastręcza duże trudności. Przypadki typowe z nagłą gorączką, dreszczami, zaburzeniami w urynowaniu, bólami w okolicy jednej lub obu nerek, oraz ropomoczem łatwo dają się rozpoznać, bądź co bądź jednak ścisłe rozpoznanie opierać się winno na badaniu moczu, zebranego za pomocą cewnika moczowodowego, jak również na dokładnem zbadaniu pęcherza moczowego i nerek za pomocą wziernika pęcherzowego i cewnikowania moczowodów.

W przypadkach, przebiegających z objawami ze strony pęcherza moczowego, bardzo często bywa błędnie rozpoznawane zapalenie tegoż, a nie zapalenie miedniczki nerkowej. Badanie moczu wykrywa krwinki białe, lasecznik okrężnicy i rozmaite inne laseczniki, lecz nie wykazuje miejsca, skąd one pochodzą. W tych razach jedynie miarodajne może być tylko podane wyżej ścisłe badanie dróg moczowych.

W przypadkach, gdzie na pierwszy plan występują ogólne objawy, jakoto — ogólne niedomaganie, ból głowy, dreszcze, szczególniej w początku przypuszczać można influencę, która jednak z łatwością da się wyłączyć, skoro zjawią się bóle w okolicach nerek oraz ropomocz. Następnie należy odróżniać zapalenie miedniczki nerkowej od zapalenia przydatków macicy oraz zapalenia wyrostka robaczkowego. Szczególniej duże

trudności może nastręczyć rozróżnienie cierpienia miedniczki nerkowej i wyrostka robaczkowego, tu w znacznym stopniu ułatwia nam rozpoznanie zachowanie się tętna, które w przypadkach zapalenia miedniczki nerkowej w stosunku do wysokości ciepłoty nie jest przyśpieszone, czyli nie ma cech tak zwanego tętna otrzewnowego.

Co się tyczy rokowania, to prawie wszyscy autorowie są zdania, że wypada ono pomyślnie dla chorej, dla płodu przeciwnie jest bardzo niepomyślne. W każdym bądź razie należy pamiętać o tem, że rokowanie bywa istotnie pomyślne dla chorej w tych przypadkach, gdzie sprawa nie wikła się zapaleniem samej nerki.

Badanie kryoskopijne moczu i krwi, oraz badanie na zdolność wydzielania błękitu metylenowego mogą w tych przypadkach dać pewną podstawę do wnioskowania; bądź co bądź zajęcie miąższu nerkowego powinno zmuszać do ostrożności w rokowaniu.

Opitz w przeciwieństwie do innych autorów zapatruje się nieco pesymistycznie na tę sprawę, twierdząc, że długotrwała gorączka oraz zatrucie ustroju jadem drobnoustrojów może mieć zgubne skutki. Dalej twierdzi Opitz, że wyzdrowienie po rozwiązaniu może być tylko pozorne i że przy lada sposobności mogą znowu wystąpić ciężkie objawy. W tym razie charłactwo oraz przebycie ciężkiej, a niezbędnej operacyi nie rzadko może być przyczyną zejścia śmiertelnego. Bue również jest zdania, że wobec ogniska ropnego w miedniczce bardzo łatwo może nastąpić wtórne zakażenie w okresie połogowym. W statystyce Opitza na 69 przypadków znajdujemy 1 przypadek śmierci, lecz autor ten dodaje, że nie weszły do tej statystyki 2 zejścia śmiertelne Piotra Müllera, oraz pojedyńcze przypadki Legueu i Hallé. Następnie dodać należy, że w wielu opisanych w piśmiennictwie przypadkach zapalenia miedniczki nerkowej podczas ciąży brak wiadomości co do dalszego losu niezupełnie wyleczonych osób.

Niepomyślne rokowanie dla płodu spowodowane jest częstem przerywaniem ciąży, już to występującem samoistnie wskutek omawianego cierpienia, już to wywołanem w celu leczniczym. W statystyce Opitza z pośród 53 dokładnie pod tym względem opisanych przypadków donosiło tylko 20 kobiet,

u 23 nastąpił przedwczesny poród, u 10 zaś wywołano sztuczne przerwanie ciąży. Jednakże w większości przypadków dzieci były zdolne do życia i pozostały przy życiu.

Co do tego, jaki wpływ zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży wywiera na pobudliwość bólów porodowych, można jedynie wypowiadać przypuszczenia. Bardzo być może, że długotrwała i wysoka gorączka z jej wahaniami wpływa pobudzająco na układ mięśniowy macicy, podobnie jak się to zdarza w zapaleniu płuc.

Nie jest to jednak prawidło, gdyż zdarzają się przedwczesne rozwiązania w przypadkach z nieznaczną gorączką lub nawet bez niej. Być może, że ma tutaj wpływ wessanie się do soków ustroju jadowitych materyi. W żadnym bądź razie nie może być mowy o tem, żeby zmarły płód wpływał na zjawienie się bólów porodowych, gdyż wszystkie płody urodziły się albo żywe, albo też świeżo zmarłe.

Leczenie powinno mieć na celu usunięcie przyczyny choroby, a ponieważ istotna przyczyna leży w uciśnięciu moczowodu, to starania winny być zwrócone w tym kierunku, gdyż po usunięciu powyższego powodu walka z istniejącymi bodźcami chorobowymi jest znacznie ułatwiona.

Początkowo wielu autorów w celu usunięcia ucisku na moczowód radziło przerywać ciążę, lecz w ostatnich czasach postępowanie takie znalazło wielu przeciwników, gdyż, pominąwszy wzgląd na dziecko, powstaje obawa zdaniem jednych mocznicy, zdaniem innych posocznicy w okresie połogowym wobec ropienia w moczowodach i miedniczkach. Ze względu na powyższą okoliczność niektórzy autorowie obecnie zalecają sztuczne przerwanie ciąży tylko w celu uchronienia ciężarnej przed operacyą, to jest wtedy, gdy wszystkie inne metody leczenia prócz operacyjnej nie osięgają skutku. Inaczej jednak przedstawia się sprawa w przypadkach obustronnego zapalenia miedniczki nerkowej, tutaj nie może być mowy o leczeniu operacyjnem i wtedy, o ile inne sposoby leczenia zawodzą, pozostaje jedynie wykonanie sztucznego przerwania ciąży. Zwolennicy przerywania ciąży, jako środka leczniczego w zapaleniu miedniczki nerkowej, zwracają uwagę na to, że ze względu na dziecko przerywać ciążę należy dopiero po upływie 32 tygodni ciąży.

Z innych zabiegów akuszeryjnych Markoe radzi w celu zniesienia ucisku przez przodującą główkę na moczowód zewnętrzny obrót na nóżki; jakoby w jednym przypadku otrzymał znaczne polepszenie. Pozatem leczenie w przypadkach zapalenia miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży można rozdzielić na dwa działy: operacyjny i nieoperacyjny.

W przypadkach lekkich już samo zniesienie ucisku na moczowód daje wyzdrowienie, ten cel w tych razach osięga się przez położenie chorej na łóżku, wtedy bowiem macica nie zapada tak głęboko do miednicy, jak w pozycyi stojącej. Jeżeli to nie wystarcza, Opitz radzi częstą zmianę w położeniu chorej; Albarran, Rooy i Wendel radzą ułożenie chorej na zdrowym boku. Następnie, jeżeli przez samo ułożenie chorej nie otrzymujemy polepszenia, należy przystąpić do obfitego przemywania dróg moczowych, podając duże ilości płynów, oraz do usunięcia wszelkich czynników, pobudzających nerki, szczególniej wtedy, gdy badanie moczu wykazuje współudział tkanki nerkowej w omawianem cierpieniu. W tym celu należy zastosować wyłącznie lub conajmniej częściowo mleczne pożywienie, obfite wprowadzenie płynów w postaci wód alkalicznych, wraz z jednoczesnem stosowaniem leków, odkażających przewody moczowe (urotropina, borowertyna, helmitol i inne). W razie mocnych bólów morfina oraz okłady rozgrzewające na okolicę chorej nerki. Należy również pamiętać o prawidłowych wypróżnieniach. Francuzcy autorowie, którzy przypisują duże znaczenie w omawianem cierpieniu zakażeniu, powstałemu z kiszek drogą obiegu krwi, zalecają środki odkażające przewód pokarmowy, mianowicie salol oraz β naphtol.

Gdy jednak po upływie kilku dni pomimo powyżej stosowane środki gorączka i bóle nie ustępują, należy wystąpić czynniej przeciw zastojowi moczu i zakażeniu, ażeby nie dopuścić do przejścia ich w postacie ciężkie, powikłane ogólnem zatruciem, roponerczem, lub przerwaniem ciąży wskutek ogólnego zakażenia. Początkowo zastosować można za radą Pasteau, Herbecourta i Lecouillarda w celu otrzymania odpływu moczu z rozszerzonej miedniczki nerkowej szybkie napełnienie pęcherza moczowego 200 — 300 sz. ct. płynu oraz raptowne opróżnienie tegoż, co jakoby wywołuje odruch nerkowo-moczowo-

dowy, dzięki czemu następuje skurcz moczowodu i miedniczki nerkowej oraz opróżnienie się tychże.

Stoeckel, Albarran i Brongersma proponują cewnikowanie moczowodów w celu opróżnienia oraz następnego przemycia miedniczki nerkowej. Stoeckel jest zdania, że ciąża bynajmniej nie utrudnia oglądania wziernikiem pęcherzowym oraz cewnikowania moczowodów i że badanie przez pochwę bywa dla ciężarnej zazwyczaj więcej przykre i niebezpieczniejsze, niż cewnikowanie moczowodów. Autor ten utrzymuje, że nawet jednorazowe cewnikowanie moczowodów, zastosowane w celach rozpoznawczych, może spowodować ustąpienie bólów i gorączki, a nawet wyzdrowienie.

Jeżeli samo cewnikowanie nie daje wyniku, to należy, zdaniem Stoeckela, przemyć miedniczkę nerkową. W tym celu cewnik moczowodowy wsuwa się ostrożnie i powoli aż do samej miedniczki. Po odpłynięciu zastoinowego moczu, łączy się za pomocą rurki gumowej ujście cewnika ze szprycą pojemności 50.0, zawartość której wstrzykuje się pod bardzo słabem ciśnieniem powoli do miedniczki nerkowej; płyn w miarę wstrzykiwania spływa obok cewnika z powrotem do pęcherza. Po wstrzyknięciu zawartości szprycy część płynu zużytego do przemycia spływa z powrotem przez cewnik i stosownie do mętności płynu należy powtórzyć przemycie jeden lub dwa razy na tem samem posiedzeniu. Autor ten używał do przemycia 3% roztworu kwasu bornego, raz jeden użył 1% roztworu kollargolu. Przemywanie miedniczki nerkowej, zdaniem Stoeckela, jest zupełnie niebolesne i nie wywołuje żadnych nieprzyjemnych objawów, o ile zabieg ten dokonywa się pod słabem ciśnieniem.

Autor w dalszym ciągu zwraca uwagę na to, iż nie można zapalenia miedniczki nerkowej wyleczyć tak doraźnie, ażeby mocz odrazu okazał się jałowy. Nie da tego ani przemycie miedniczki, ani nacięcie nerki, ani też poród samoistny lub sztucznie wywołany. Mocz jeszcze dłuższy czas zawierać będzie laseczniki okrężnicy, jednak niema to żadnego znaczenia, o ile przeszkoda dla odpływu moczu zostanie usunięta, co otrzymuje się dzięki przemyciu miedniczki. Bóle i gorączka ustępują, ciężarne obarczone tem cierpieniem rodzą na czasie żywe dzieci i po porodzie pozostają zdrowe. I dla tych właśnie

względów Stoeckel zaleca powyższy zabieg w tem przekonaniu, że wcześnie zastosowany zapobieże ciężkim przypadkom, a mianowicie zejściu zapalenia miedniczki nerkowej w roponercze, które można leczyć jedynie drogą operacyjną.

Co się tyczy leczenia operacyjnego, to znaczna większość autorów odrzuca je w przypadkach zapalenia miedniczki nerkowej bez udziału miąższu nerkowego, dowodząc, że wyżej wymienione leczenie nieoperacyjne może całkowicie wyleczyć omawiane cierpienie bez uciekania się do operacyi, i uznaje zabieg operacyjny jedynie w przypadkach wodonercza, ropniaka miedniczki nerkowej oraz wtórnego roponercza. Wyjątek stanowi Cumston, który odrazu zastosował nacięcie nerki z następnem wycięciem tejże, ciąża nie została przerwana. Samo przez się rozumie się, że przystępować do operacyi można jedynie w tym razie, gdy się posiada pewność, że druga nerka jest zdrowa. Przeciwnicy operacyi powołują się na wysoki odsetek (17%) śmiertelności po operacyach nerkowych wogóle.

Co się tyczy sposobu operowania, to jedni autorzy radzą wykonywać podczas ciaży tylko nacięcie nerki, dodając, że przetokę należy zagoić dopiero po rozwiązaniu, inni radzą wykonywać w połogu, jako uzupełniającą operacyę, wycięcie nerki. Niektórzy autorowie są zdania, że gdy inne sposoby leczenia zawodzą, należy niezwłocznie wykonać wycięcie nerki.

W przypadkach, gdzie zapalenie miedniczki nerkowej w przebiegu ciąży przechodzi w roponercze, pozostaje jedynie droga operacyjna.

Jak wskazuje statystyka Karaffy-Korbutta (r. 1909), wykonano dotąd w przypadkach roponercza podczas ciąży, wliczając w to i przypadek autora, 8 razy wycięcie oraz jedno nacięcie nerki. W 2 przypadkach nastąpiło poronienie, w jednym przedwczesny poród, dziecko urodziło się żywe, w 6 pozostałych ciąża nie była przerwaną; żadna chora nie umarła. Fellner również wskazuje, że wykonanie operacyi podczas ciąży z powodu rozmaitych wskazań nie wywołuje zaburzenia w dalszym przebiegu tejże. Tak świetne wyniki, zdaniem Karaffy-Korbutta, zachęcają do wykonywania wycięcia nerki w przypadkach roponercza podczas ciąży, a nie do odkładania operacyi na czas połogu, gdyż pozostawianie wypełnionego ropą worka ma niewątpliwie ujemny wpływ na ustrój ciężarnej.

DO NINIEJSZEGO ZESTAWIENIA KORZYSTAŁEM Z NASTĘPUJĄCEGO PIŚMIENNICTWA.

Albarran. Les signes et le traitement de la pyelonephrite gravidique (Annal des mal. des org. genit. urin. 1907, str. 1299).

Albeck. Bacterurie und Pyurie bei Schwangeren und Gebarenden (Zeit. f. Geburst. und Gyn. Bd. 60).

Balatre. Contribution à l'étude des pyélonéphrites gravidiques et de leur traitement. Thèse de Paris. 1902.

Bary. Contributions à la pathogénie de l'hydronéphrose intermittent (Revue de Chirurg. 1903 p. l.).

Bernoud. Contribution à l'etude de la pyélonéphrite gravidique. Thèse de Paris. 1902/3.

Blanc. Contribution à l'édude de la pyélonéphrite survenant de la grossesse et son traitement en particulier. Dissertation. Paris. 1908.

Brédier. Contribution à l'étude de certaines formes de pyélonéphrites au cours de la grossesse. Thèse de Paris. 1902.

Brongersma. Ein Fall von Pyelonephritis gravidarum behandelt mit Katheter a demeure und Spülungen des Nierenbeckens (Münch. med. Wochen. 1905. № 20).

Cumston. Pyelonephritis of pregnancy considered from the obstetrical and surgical standpoint (Amer. Journ. of Med. Sciens. Jan. 1906).

Elgood-Moseley. Brit. med. Journ. Jane 13. 1908.

Evans. Pyelonephritis as a complication of pregnancy and the puerperal period (Montr. Med. Journ. II. 1909).

Fawicki i Orłowski. W sprawie rozpoznania nieżytowego zapalenia miedniczek nerkowych. (Przedl. Lek. 1903. №№ 20 - 22).

Fellner. Die Chirurgie in der Schwangerschaft, insbesondere bei internen Erkrankungen. (Centralbl. für die Grenzg. d. Med. und Chir. Bd. VII. 1904 №№ 17—20).

Funck-Brentano. Pyelonephritis, die Unterbrechung der Schwangerschaft notwendig machte (Zentr. f. Gyn. 1909. № 41, str. 1440).

Guggisberg. Ueber Pyelitis gravidarum. (Münd. med. Woch. 1906 r. № 18, str. 882).

Haberlin. Die idiopatische akute Pyelitis bei Schwangeren. (Münch. med. Woch. 1904, № 5, str 1908).

Karaffa-Korbutt. Pyonephrosis gravidarum. (Wraczebnaja gazieta. 1909 r. №№ 29 - 31).

Kosiński. O wycięciu nerki. (Medycyna. 1803. №№ 40—43).

Kouver. Pyelonephritis gravidarum. (Weckbl. voor Geneck. № 9. 1904 r Streszcz. Deut. med. Woch. 1904. № 38, str. 1399).

Legueu. De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerperalite (Ann. de gyn. et d'obd. 1904, p. 193).

Legueu. Ueber den spateren Verlauf einer Pyelonephritis in der Schwangerschaft. (Streszcz. Zentr. für Gyn. 1908. № 16, str. 540).

Markoe. Bulletin of the lying in Hospital. 1907. № 3.
Maysels. Aufsteigende Pyelonephritis in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in Gynäkologischen Fällen. (Zentr. f. Gyn. 1909. № 8, str. 294).
Mirabeau. Schwangerschafts Pyelitiden. (Arch. f. Gyn. 1907. Bd. 82, str. 485).
Mirabeau. Ueber Schwangerschafts Pyelitiden. (Münch. med. Woch. 1907. № 7, str. 345).
Opitz. Die Pyelonephritis gravidarum et puerperarum. (Zeit. f. Geb. und Gyn. Bd. 55, str. 209).
Opitz. Schwangerschaft und Pyelitis. (Deut. med. Woch. 1904. № 50, str. 187).
Orłowski. Zapalenie miedniczek nerkowych podczas ciąży. (Ginekologia. 1905. № 4).
Pollack. Ueber Erkrankungen der Niere in der Gravidität. (Centr. f. die Grenzg. d. Med. und Chir. 1908. №№ 12—24).
Poyaton. Pyuria in pregnancy with pyelonephritis in the infant (Proc. of the royal soc. of med. 1908. № 00).
Reblaub. De l'infection du rein et du bassinet consécutive à la compression de l'uretère par l'uterus gravide. (Rev. d. Chir. 1892, str. 429).
Reed. Pyelonephritis in der Schwangerschaft. (Surg gyn. and. obt. 1907. № 2, str Zentr f. Gyn. 1908. № 35, str. 1158).
Van-Roy. Ein Fall von Pyelonephritis gravidarum (Zentr. f. Gyn. 1908. № 32, str. 1063).
Ruppaner. Ueber Pyelonephritis in der Schwangerschaft (Münch. med. Woch. 1906. № 6, str. 254).
Stöckel. Zur Diagnose und Therapie der Schwangerschafts-Pyelitis (Zeit. f. Gyn. Urologie Bd. 1. H. 1. r. 1908).
Stöckel. Die Erkenntnis der Pyelitis gravidarum und ihre Behandlung durch Auswaschung des Nierenbeckens (Mün. med. Woch. 1908. № 43, str. 2258. Sprawozd. 280-go zjazdu przyr. niem.).
Swift, Newel i Hare. De la pyélite dans la grossesse. (Bost med. and surg. J. 21. Fevr. 1907. (Streszcz. Ann. d. mal. des org. gen. urin. 1907, str. 1557).
Thébault. Des albuminuries par suppuration au cours de la puerpéralité (Streszcz. Zentr. f. Gyn. 1908, str. 540),
Weindler. Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum (Gyn. Rundschau. 1908. № 22).
Zickel. Beitrag zur Kenntniss der Pyelonephritis gravidarum. (Mon. f. Geb. und Gyn. B. 23. H. 6).

STRESZCZENIA.

I. CHIRURGIA.

Büdinger. *O sposobie działania t. zw. antyseptyków przyrannych.*

Antyseptyka, podług B., nie istnieje wcale, a właściwie to, co nazywamy tem mianem, nie jest wcale antyseptyką. Zadaniem antyseptyki jest, a raczej ma być, niszczenie drobnoustrojów, które dostały się do rany. Aseptyka zaś ma zadanie zapobiegawcze. Tymczasem obecnie wiemy dobrze, że jest to wprost niemożebną rzeczą wpływać na drobnoustroje, które dostałv się do rany.

Rany nawet najczystsze mają w sobie drobnoustroje, a opatrunek, zwłaszcza robiony przez nielekarza, często wnosi do rany jeszcze więcej drobnoustrojów. Że mimo to rany goją się dobrze, polega to „na naturalnej antyseptyce ustroju", a nie jest zasługą czego innego.

Przez ideał leku przeciwgnilnego rozumiemy środek, który jest w stanie zabijać drobnoustroje, nie szkodząc równocześnie tkankom ustroju.

Takiego antyseptyku, zwłaszcza odpowiadającego drugiej części określenia, dotąd nie znamy. Używamy w tym celu środki żrące w pewnych rozcieńczeniach, które jeszcze drobnoustroje zabijają, a rzekomo już tkankom nie szkodzą.

Tymczasem to zabijające działanie w ranie jest bardzo problematyczne i antyseptyki w rozcieńczeniach powszechnie używanych właściwie działają tylko tak, jak napewno jałowa woda, t. j. mechanicznie, jako płyn. I tak wiemy, że skóry nie możemy odkazić zupełnie dokładnie, a obmywanie ręki brudnej przez chwilę w antyseptyku jest zupełnie bezcelowe. A jednak wielu lakarzy jeszcze święcie w to wierzy. Nie może skutecznie działać „antyseptyk" przez chwilę, skoro nie działa on także będąc przez czas długi w zetknięciu ze skórą. Mowa tu o antyseptycznych okładach i kąpielach n. p w sprawach ropnych. B. nie widział w swej praktyce, by kąpiele i okłady wywierały korzystniejszy wpływ na gojenie się spraw ropnych, niż n. p. zwykłe wodne kąpiele. Jeżeli więc rozczyny przeciwgnilne dzia-

łają tylko jako „czysta zupełnie w sensie bakteryologicznym woda“, to powinniśmy ich używać w możliwie najsłabszych rozczynach, a to w celu, by tkankom nie szkodzić.

Takie zaś rozczyny są: sublimat 0,02%, karbol, lysol 0,3 — 0,5%. Rozczyny te nazywa autor normalnymi.

Trochę bezgnilnie, lecz bardzo powierzchownie działa woda utleniona przez wywiązywanie wolnego tlenu. Także mechaniczne oczyszczanie rany przez pianę odgrywa tu ważną rolę.

Rany opatrujemy obecnie w trojaki sposób: 1) zachowawczo bez mycia, 2) zachowawczo z myciem, 3) czynnie. Terminy te lepiej odpowiadają właściwemu postępowaniu, niż dawne aseptyczne i antyseptyczne opatrywanie.

Mycie okolicznej skóry przy ranie jest też mieczem obosiecznym. Oczyszczamy tu wprawdzie skórę trochę, ale zarazem narażamy ranę na zabrudzenie.

Oczyszczenie to nie ma zbyt wielkiej racyi bytu, bo nie uwzględnia n. p. brzegów samej rany i skóry.

Skrupulatne golenie jest także podejrzanej wartości, bo również nie uwzględnia ono ściśle brzegów rany, a ponad to zabiera z powierzchowną warstwą naskórka i głębsze drobnoustroje na wierzch, a t. zw. antyseptyka nie jest w stanie skóry wyjałowić.

Również płonna jest wiara w skuteczność działania antyseptyków w płukaniach gardła. Działają tu one jedynie mechanicznie i ściągająco, podobnie jak i „antyseptyczne płukania pochwy“.

Prócz płynów przeciwgnilnych znamy jeszcze opatrunki przeciwgnilne, mające na celu ciągłe odkażanie rany. Używamy tu głównie przetworów jodu, bizmutu lub formaliny.

I tu też właściwego działania przeciwgnilnego niestety niema. Jodoform, zasypany do rany, działać ma odkażająco, a to w ten sposób, że wydziela wolny jod. Niestety, to wydzielanie i odkażanie jest bardzo powierzchowne i miejscowe. Gazy przeciwgnilne działają dlatego korzystnie w ranach, że po pierwsze nie rozkładają się szybko, a raczej nie dozwalają wydzielinom z rany rozkładać się, a powtóre działają pobudzająco na gojenie się, zwłaszcza n p. na tworzenie się ziarniny.

Opatrunek przeciwgnilny działa odkażająco nie na ranę, jako taką, ale tylko na wydzieliny z rany.

Natomiast podawanie opatrunku przeciwgnilnego w ranach czystych lub bez wydzieliny jest zupełnie bezcelowe i bez sensu.

Najmniejszej też właściwości odkażającej nie mają „antyseptyczne plastry i pasty“.

Niektórzy sądzą, że jodoform działa odkażająco i leczniczo w gruźlicy. Autor nie może tego potwierdzić, i działanie jo-

dofornu tłomaczy sobie jedynie jako akt pobudzania ziarniny, zaczynów i ciałek białych do większej akcyi.

Zasypywanie ran proszkiem ma na celu głównie wysuszanie tkanek i dlatego do tego celu lepiej służą, zamiast t. zw. antyseptycznych środków, inne proszki obojętne, zwłaszcza polecone w ostatnich czasach: gips i węgiel drzewny. Na ranę daje się jedną warstwę gazy a potem sypie dużo proszku, który wyciąga z rany wilgoć znacznie lepiej, niż inne opatrunki.

Balsam peruwiański działa na rany pobudzająco i mechanicznie oczyszcza wszelkie zaułki, spływając na mocy ciężkości w miejsca najniższe.

Okłady kwaśne działają korzystnie na rany zakażone drogą mechaniczną, przekrwieniem i t. p. i odkażają też sam opatrunek z rozkładu wydzielin.

Wnioski B. są następujące:

1) Jeżeli antyseptyką nazwiemy zabijanie drobnoustrojów w ranach z pomocą środków chemicznych, to przyznać musimy, że jeszcze takiej doskonałej antyseptyki nie znamy.
2) Płyny antyseptyczne mają tę zaletę, że łatwo można je zawsze sporządzić, pozostają jałowymi nadal, natomiast działanie ich nie różni się niczem od wody jałowej, bo jest tak samo jedynie mechaniczne.
3) Opatrunki antyseptyczne nie odkażają rany jako takiej, lecz wydzieliny tejże, które wsiąkły w opatrunek, mają też racyę bytu jedynie tam, gdzie z rany wydzielają się wydzieliny zakażone lub łatwo mogące ulegać zakażeniu. Prócz tego opatrunki te pobudzają ranę do szybkiego gojenia się.
4) Nie ma żadnych antyseptyków przyrannych, lecz tylko płyny jałowe, uzyskane drogą chemiczną.

Niema żadnych opatrunków antyseptycznych, lecz tylko opatrunki, pozostające jałowymi w ranie z pomocą środków chemicznych.

(Medizin. Klinik № 47).

A. KLĘSK.

Most. *Leczenie zakażonych zranień.*

W sprawie traktowania ran w ostatnich czasach zaszły pewne zmiany. I tak, po pierwsze przekonaliśmy się, że nieraz zakażenie przenosi się na ranę dopiero z otoczenia skórnego i z tego też powodu wielu nie odkaża okolicy rany w zwykły sposób, t. j. przez mydlenie, zmywanie i t. p., lecz po zakryciu rany gazą, usunięciu nożyczkami lub brzytwą sąsiednich włosów, wyciera skórę eterem, alkoholem lub benzyną. König nie czyni nawet tego, lecz poprostu smaruje okolicę rany nalewką jodową. Przy tak zwanem „gruntownem" odkażaniu okolicznej skóry, nieraz zarazki przechodzą właśnie z brudem i tłuszczemwprost do rany.

Ponadto obecnie upadła wiara w pewne działanie środków odkażających. Jeżeli opatrujemy ranę świeżą, tam gdzie mamy

przypuszczenie, że zarazki są na powierzchni, to możemy być pewni, że silny upływ krwi, względnie przemycie roztworem soli kuchennej mechanicznie usuną drobnoustroje. Jeżeli zaś, jak to zwykle bywa, od zranienia upływa pewien czas, wtedy już zarazki są głębiej i zmywania antyseptykami nic nie pomogą.

Prócz tego wiemy, że antyseptyki uszkadzają tkanki i wpływają ujemnie na gojenie się rany; w jeszcze wyższym stopniu da się to powiedzieć o wypalaniu ran środkami żrącymi lub żegadłem Paquelina. Tworzy się tu strup, pod którym drobnoustroje swobodnie rozwijają się dalej.

Również i jodoform nie jest w stanie zniszczyć drobnoustrojów, usadowionych głęboko w ranie. Naturalnie, należy usunąć z rany wszelkie zanieczyszczenia, jak to cząstki ziemi, ubrania i t. p.

Głównym warunkiem gojenia się rany jest spokój danej części ciała i swobodny odpływ wydzielin. Goldammer wykazał dosadnie na mocy doświadczenia w wojnie afrykańskiej, o ile lepiej goją się rany pod suchym opatrunkiem w razie ustalenia danej części ciała, natomiast w razie nieustalenia ropienie występuje znacznie częściej. Zwłaszcza odnosi się to do ran ciężkich, połączonych z uszkodzeniem stawów lub kości.

Tutaj ustalenie, względnie zawieszenie chorej części ciała jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym.

O ile z jednej strony wymaga rana spokoju, o tyle znów naturalnie z drugiej strony należy dbać o dostateczny odpływ wydzielin, zwłaszcza tam, gdzie jest on bardzo trudny n. p. w ranach kłutych.

Co do okładów, to robi się je z 2% octanu glinowego, alkoholu lub. jak to dla ran zakażonych polecił niedawno Sackur, ze spirytusu mydlanego.

Zdejmując opatrunek, ułatwiamy odejmowanie tegoż przez zakropienie 3% wodą utlenioną.

Zapobiegać zakażeniu właściwie nie umiemy. Początki zakażenia leczą nieraz: spokój, okłady, względnie ostrożnie stosowana zastoina. W wybitnem zakażeniu M. wykonuje zawsze nacięcia, i dopiero wtedy stosuje zastoinę. Natomiast stosowanie zastoiny po cięciach minimalnych uważa za postępowanie ryzykowne.

W ogólnem zakażeniu jesteśmy bezsilni i tylko dbać możemy o usuwanie ropni, względnie o wzmacnianie ustroju.

W ograniczonych ropieniach możemy obecnie zwalczać je nieraz skutecznie antifermentem podług Müllera.

Leczenie surowicami nie jest jeszcze pewne a nawet w tężcu nie oddaje ono zawsze pożądanych wyników.

W końcu omawia Most postępowanie w zranieniach zakażonych pojedynczych części ciała.

W zapaleniu ropnem otrzewnej jest M. zwolennikiem suchego postępowania.

Serce podnieca z pomocą wlewań śródżylnych rozczynów soli kuchennej z adrenaliną podług Heidenhaina.

W końcu zwraca M. uwagę, jak ostrożnie postępować należy w zranieniach palców, zwłaszcza dużego i małego u robotników, tu bowiem w następstwie występują nieraz groźne ropienia, pozostawiające po sobie zesztywnienia palców.

(Medicinische Klinik. № 39 - 09).

A. KLĘSK.

Jungengel. *Odkażenie skóry i traktowanie ran z pomocą pary jodu.*

Jod i tegoż przetwory znajdują coraz to szersze zastosowanie w technicznej części chirurgii. I tak, odkaża się skórę skutecznie nalewką jodu, wpływa korzystnie z pomocą tejże na formowanie się blizn, rozwój ziarniny i t. p.

Jednak nalewka jodowa ma tę wadę, że najpierw, zawierając alkohol, ścina białko, dalej skłonna jest bardzo do rozkładu, przyczem tworzą się żrące połączenia jodowe, powodujące najczęściej np. wypryski skórne. W tym też celu starał się autor od dłuższego czasu wynaleźć przyrząd, który by dozwolił wytwarzać pary jodowe, które dopiero niejako w czystym stanie stosowałoby się w potrzebie. Przyrząd taki wykonała w końcu firma Reiniger — Gebbert, Schall z Erlangen. Zasada jego jest prosta. Powietrze, wdmuchiwane rozpylaczem, ogrzewa się z pomocą elektryczności i zmienia mocą swej ciepłoty jod w parę, zabierając dalej takową. Pary przechodzą przez sito platynowe, aby kryształki nie wylatywały na zewnątrz. Z pomocą tego przyrządu z bardzo, podobno, dobrym skutkiem odkaża J. skórę, drażni powierzchnie ziarninowe, a co główne—traktuje rany nawet najczystsze, a to w celu zapobiegania zakażeniu przez wywoływanie przekrwienia Odkaża się zaś skórę w następujący sposób: pod rozpryskiwaniem alkoholu goli się włosy, a po tem nadmuchuje na skórę parę jodu aż do chwili, kiedy skóra przybierze kolor żółto-czerwony.

Także bardzo korzystnem okazało się traktowanie ran świeżych i zakażonych parami jodu. Zwłaszcza w świeżych, z pomocą tego sposobu zakażenia występują bardzo rzadko.

Blizny następowe są bardzo ładne i gładkie. Także sposób ten nadaje się w operacyach tam, gdzie wśród operacyi, zresztą czystej, musimy na chwilę mieć do czynienia z materyałem brudnym np. w wycinaniu wyrostka robaczkowego.

J. ma nadzieję, że sposób ten przyjmie się ogólnie, bo kto wie, czy nie jest on oczekiwanym idealnym sposobem odkażania.

(*Münch. Med. Woch.* № *12*).

A. KLĘSK.

Madlener. *Struna, czy niewchłaniające się nici.*

Autor rozpoczyna swą pracę przytoczeniem zdania Kuhna, żądającego zasadniczych zmian w przygotowywaniu struny dla celów lekarskich — mianowicie jałowe przygotowywanie struny od samego początku fabrykacyi, przesycenie nitek przed ich skręcaniem roztworami jodu i srebra i wreszcie zupełne oddzielenie przygotowywania struny dla celów lekarskich od fabrykacyi strun skrzypcowych.

Następnie M. zastanawia się, czy struna w istocie stanowi materyał nie do zastąpienia w szyciu i podwiązywaniu. Większość chirurgów obecnej doby do szwów i podwiązek w głębi rany używa wyłącznie strunę, unikając starannie jedwabiu, który w przypadku ropienia wydziela się miesiącami z rany, stanowiąc bardzo nieprzyjemne powikłanie zarówno dla operowanego, jak i chirurga.

W ogólnym prądzie stosowania przez chirurgów struny, Kocher stanowi jeden z wyjątków, gdyż używa jedwabiu we wszystkich operacyach bezgnilnych, stosując strunę li tylko w przypadkach ropnych. W klinice Kochera, niezależnie od wyjałowienia, jedwab trzymany bywa przed użyciem w antyseptycznym płynie, nitki zaś jedwabne stosowane są możliwie najcieńsze. Madlener zarzucił zupełnie użycie struny i stosuje ją w wyjątkowych tylko przypadkach, o których mowa poniżej, przeważnie zaś stosuje nitki z włókien pokrzywy indyjskiej, odznaczające się jednocześnie znaczną cienkością oraz niezwykłą mocą.

Z pośród 807 operacyi, dokonanych przez Madlenera, w 50 tylko używał oprócz nitek tych i struny — były to operacye na narządach płciowych kobiecych, lub na pęcherzu moczowym, gdzie trzeba było obawiać się złogów soli lub rozrywania świeżo zrośniętej rany od wyciągania głęboko leżących szwów.

W pozostałych 757 operacyach były użyte wyłącznie nitki pokrzywy. Nie chcąc rozpatrywać poszczególnie wszystkich przypadków, Madlener przytacza 124 przypadki doszczętnych operacyi przepuklin pachwinowych — z nich 98 przypadków jednostronnych w tej liczbie 8 uwięzionych i 26 dwustronnych. 113 z nich były operowane metodą Bassiniego, 6 według Girarda, 5 sposobem Czernyego. Z tych 124 przypadków jeden chory z wielką uwięzłą przepukliną sieci zmarł 6 dnia po operacyi z powodu zapalenia otrzewnej, drugi zaś 13 dnia

po zabiegu z powodu zatoru tętnicy płucnej. Z pozostałych 122 przypadków — w jednym tylko było ropienie — w przepuklinie pachwinowo-mosznowej, wielkości głowy, z powodu zatrzymania się wydzielin rany w niewielkiej jamie moszny, ale pomimo nawet wydzielenia się kilku nitek — sprawa nie doszła do wznowy. W drugim zaś przypadku było powierzchowne ropienie w skórze, bez wydzielania się głęboko leżących nitek. Pozostałe 120 przypadków zagoiły się przez rychłozrost. Autor, pracując w szpitalu małego miasta, ma możność widzieć operowanych przez siebie chorych i po opuszczeniu przez nich szpitala. Pomimo, że większość operowanych są to ludzie ciężko pracujący, autor w żadnym przypadku nie stwierdził wznowy cierpienia; jak również żadnemu z operowanych nie wydzielały się z blizny nitki.

Z 68 operacyi wyłuszczenia wola -- 3 przypadki uległy zropieniu — pozostałe zaś goiły się o wiele lepiej i prędzej, aniżeli po dawniejszem stosowaniu struny jodowej. We wszystkich cięciach brzucha Madlener nakłada wielopiętrowe szwy i podwiązuje naczynia nitkami z pokrzywy i jest bardzo zadowolony z otrzymywanych wyników. Madlener idzie dalej od Kochera w nieuznawaniu struny — gdyż nawet w przypadkach ropnych używa niewsysające się nitki. Stosuje zaś trojakiej grubości nitki — a więc najcieńszy № 0 (według podziału Stiefenhofera z Monachjum) dla szwów kiszkowych i błon surowiczych, № 1 średnim wiąże prawie wszystkie naczynia i nakłada szwy nie potrzebujące wytrzymywać wielkiego napięcia i № 2 najgrubszy dla podwiązywania wielkich naczyń i nakładania szwów, mających wytrzymywać wielkie napięcie. Nici omawiane przed użyciem są trzymane w rostworze sublimatu. Dalej Madlener zaznacza, że osobiście nigdy nie powróci do obfitszego stosowania struny, nawet gdyby ta ostatnia była dużo lepsza, niż jest obecnie i dowodzi, że użycie struny przez chirurga operującego w gumowych rękawiczkach jest niedogodne jeszcze i z tego względu, że struna ślizgając się pomiędzy palcami nie pozwala na dostatecznie mocne zaciągnięcie węzłów.

Streszczając powyższe, możemy powiedzieć, że używa on stale nitek li tylko z niewsysającego się materyału — przeważnie nitek z pokrzywy indyjskiej, zachowując dwa warunki— nitki używa możliwie cienkie i przed użyciem trzyma je w płynie przeciwgnilnym. Co zaś do struny, stosuje ją tylko w przypadkach, gdzie trzeba obawiać się odłożenia się soli, lub też gdzie wydobywanie głęboko założonych nici może spowodować rozerwanie świeżo zrośniętych tkanek.

(Centrablatt für Chirurgie № 1. 1910).

W. FILIPOWICZ.

Burkhardt. *O śródżylnem uśpieniu chloroformowem.*

Jak wiadomo, uśpienie polega na tem, że para chloroformowa a raczej gaz dostają się z płuc do krwi, a stąd do mózgu.

Jasną jest rzeczą, że byłoby znacznie prostsze, gdybyśmy mogli omijać płuca i wprowadzać narkotyk wprost do krwi. Zyskalibyśmy przez to wiele. Przedewszystkiem bylibyśmy panami dawkowania narkotyku i uśpienia samego, dalej usuwalibyśmy podrażnienie płuc, a i na serce miałoby to lepszy skutek. Że uśpienie takie jest wykonalne, dowodzą doświadczenia B. na zwierzętach, w następstwie i na ludziach.

Przedewszystkiem przekonał się B., że nie można wprowadzać do krwi chloroformu w postaci gazu (zatory), ani też naturalnie samego, natomiast nadają się bardzo dobrze do tego roczyny wodne (z solą kuchenną).

Rozczyn taki (w 100 cm. 0,63 cm.) jest zupełnie bezbarwny i nie powinien zawierać na dnie kulek nierozpuszczonego chloroformu. Rozczyn ten wprowadza się do żyły zwolna. Zwierzęta stają się na chwilę niespokojne, poczem w 5—10 minut zasypiają. Wtedy zamyka się dopływ, by otworzyć go w razie powrotu odruchów.

Ponieważ liczne próby wykazały nieszkodliwość tego zabiegu, B. czuł się uprawnionym przystąpić do uśpienia śródżylnego u ludzi, co też dokonał w 4 przypadkach z wynikiem pomyślnym. Średnio po wprowadzeniu 300—800 cm. sz. wody chloroformowej, następowało spokojne uśpienie (do kwadransa) trwające — 5 minut, poczem znowu po wlaniu 30—50 cm. chorzy zasypiali dalej. Ogółem wprowadzono do operacyi, trwających np. godzinę i 10 minut do 1980 cm., obudzenie występowało bardzo szybko.

Uśpienie było zupełnie spokojne, serce i płuca były czynne prawidłowo, u 2 wymioty wśród operacyi.

Natomiast w następstwie po tego rodzaju uśpieniu zjawiają się powikłania w moczu w postaci hemoglobinuryi, śladów białka i wałeczków. Zmiany te są jednak przejściowe i nie należy zapominać, że i po uśpieniu wdechowem występują prawie w 33% (bez hemoglobinuryi).

Po za tem uśpienie to jest znakomite.

(*München. Medic. Wochenft. № 33*).

A. KLĘSK.

Burkhardt. *Śródżylne uśpienie eterem i chlorotormem.*

Korzyści uśpienia drogą śródżylną z pominięciem płuc są jasne i mówił już o nich B. w poprzednich swych pracach. Obecnie omawia B. dalsze ulepszenia uśpienia śródżylnego. Dotąd próbował B. tego uśpienia z wodą chloroformową, obecnie

przeszedł do eteru. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że najlepiej nadaje się do tego 5% eter w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej. 10% jest już za mocny i wywołuje u zwierząt zaburzenia w postaci krwiomoczu, zakrzepów a nawet zejścia śmiertelne.

Natomiast uśpienia 5% eterem przebiegały tak dobrze, że B. przeszedł zaraz po tem do śródżylnych uśpień 5% eterem u ludzi. Rozczyn sporządza się w ten sposób, że do jałowego fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, ogrzanego do 28° C, dodaje się na 1000 cm. 50 grm. czystego eteru, używanego do uśpienia i ostrożnie flaszkę obraca się, by eter rozpuścił się. Żyłę wyszukuje się w znieczuleniu miejscowem, i wprowadza do niej igłę.

Uśpienie występuje zwykle u chorych niespostrzeżenie, u mężczyzn zjawia się czasem krótki stan podniecenia, nie dochodzący jednak do świadomości Gdy wystąpi głębokie uśpienie, zatrzymuje się dopływ. Zwykle wystarcza do tego 30—70 cm. płynu. Po pewnym czasie wracają odruchy i trzeba wprowadzić nową ilość, zwykle znacznie mniejszą od pierwszej i t. d.

Podobnych uśpień wykonano w klinice chirurgicznej w Würzburgu 33 i to w rozmaitych, nawet bardzo długich operacyach (do 2 godzin), w 4 przypadkach nie udało się znieść zupełnie odruchów, ale wydarza się to czasem i w uśpieniu wdechowem eterem. Chorzy nie odczuwali jednak zupełnie bólu. W podobnych przypadkach można ewentualnie do uśpienia śródżylnego dodać wdechowe, mianowicie parę kropli chloroformu na maskę, celem zniesienia odruchów. Przed uśpieniem na godzinę dostali chorzy wstrzyknięcie (0,01 scopolamin. hydrobrom. 0,15 morfiny na 10 wody, z tego 3–6 podziałek strzykawki Pravatza).

Zwłaszcza wstrzykiwania te wykonywać należy u silnych, odpornych ludzi.

Ilość potrzebnego płynu eterowego do wywołania uśpienia jest bardzo rozmaita.

Najwyżej potrzeba było wlać 1200 cm. t. j. razem 60 cm. eteru.

Także rozmaitym jest czas każdorazowego zapadania w uśpienie po wlaniu.

Okres znieczulenia uzyskuje się zwykle w 8—10 minut, im szybciej wpuszcza się płyn, tem naturalnie i uśpienie występuje szybciej.

Bardzo łatwe jest prowadzenie uśpienia i może go dokonywać nawet niewprawny. Gdy odruchy wracają, puszcza się zwolna trochę płynu, względnie—ciągle dopuszcza go w minimalnych ilościach.

W żadnym przypadku uśpienia śródżylnego nie zauważono zaburzeń oddechu.

Sinica, tak częsta w usypianiu eterem, nie zjawiła się ani razu.

Także stan serca zawsze był w uśpieniu bardzo dobry. Wymiotów nie spostrzegano ani razu.

W 30 przypadkach nie przyszło do żadnych powikłań i następstw, jak bólów głowy, wymiotów i t. p., w 2 przypadkach tylko wystąpiły wymioty lub nudności.

W moczu nie spostrzegano zmian żadnych w przeciwieństwie do uśpienia wodą chloroformową.

B. wykonywał też uśpienia śródżylnie naprzemian chloroformem i eterem i otrzymał też bardzo dobre i szybkie uśpienie, przyczem spotrzebowano znacznie mniej eteru. Jedynie 5% rozczyn eteru jest odpowiedni, po 7% występuje już podrażnienie nerek.

Wszystkie te dane uprawniają B. do gorącego zalecania uśpienia śródżylnego 5% eterem, zwłaszcza uśpienie to jest wskazane:

1) u chorych z powikłaniami płuc lub narządu krążenia, dalej—u osób osłabionych i wynędzniałych;

2) w operacyach na głowie i szyi z powodu wygody;

3) u osób nie mogących znosić uśpienia oddechowego.

Uśpienie śródżylne uważa B. za najdogodniejszy i najprzyjemniejszy sposób ogólnego znieczulania.

(Münch. Med. Wochens. № 46—1909).

A. KLĘSK.

Oppel. *Doświadczalne podstawy znieczulenia tętniczego.*

Nieomal przed rokiem podał Bier na kongresie chirurgów swój sposób znieczulania śródżylnego. Zaraz po tem na posiedzeniu chirurgicznego towarzystwa w Petersburgu podniósł O., że znieczulenie to nie jest już ostatnim wyrazem, lecz powinniśmy dążyć do osiągnięcia znieczulenia drogą tętnic, albowiem po pierwsze będzie ono więcej fizyologiczne, bo płyn znieczulający nie wprowadza się przeciw prądowi krwi, a powtóre będzie znieczulenie znacznie rozleglejsze i wymagać będzie mniejszych dawek.

W związku z tem przystąpił też O. do doświadczeń na zwierzętach, które potwierdziły powyższe zdania. O. otwierał jamę brzuszną królików i poniżej tętnicy nerkowej wprowadzał do aorty kokainę. Przekonał się przytem, że n. p. o ile po wprowadzeniu do żyły próżnej dolnej 1 cm. 1% kokainy wywołać już można zatrucie kokainą, o tyle przy wprowadzaniu do aorty występuje ono dopiero po 1 cm. 8—10% rozczynu. Podobnie kokaina wprowadzana do innych tętnic jest znacznie mniej trująca, niż dana do odpowiednich żył.

Naturalnie niebezpieczeństwo wogóle usunąć by można przez założenie powyżej miejsca wstrzyknięcia sprężystej opaski. Tak np. Girgolaw wykazał, że po założeniu opaski na 15 minut, koty znoszą nawet 1 cm. 50% kokainy, wstrzyknięty do tętnicy udowej, podczas gdy bez opaski już 1 cm. 25% rozczynu zabija je. Znieczulenie drogą tętnic występuje szybko i jest długie i pewne i zapewne, w miarę wypróbowania odpowiedniego sposobu i dawki, znajdzie ono i w patologii ludzkiej zastosowanie.

Goyanes wykazał na psach, że wystarcza zupełnie do znieczulenia ½% rozczyn nowokainy. Tenże badacz nawet przystąpił już 2 razy na człowieku do tego znieczulenia i to ze skutkiem pomyślnym.

(Münch. Medicin. Wochft. № 35).

A. KLĘSK.

Otto. *Przyczynki do kombinowanego uśpienia.*

Swego czasu wykazał Kionka, że przez kombinacyę małych dawek podobnie działających środków wywołać można w organizmie pożądany skutek bez obawy wystąpienia objawów zatrucia, któreby zjawiło się na pewno, gdybyśmy pożądany wynik wywołać chcieli dużą dawką jednego z tych środków. Fakt ten znalazł obecnie zastosowanie w wykonywaniu uśpienia. Kombinujemy tu różne środki, a to w celu uzyskania uśpienia małemi dawkami sumującemi się różnych środków.

Jednym z takich kombinowanych sposobów jest usypianie ogólne zamroczeniem skopolaminowo-morfinowem. wzgl. z poprzedniem podaniem weronalu. Sposób tem wypróbowali już i inni (Neuber, Kümmel i t. p.).

Doświadczenie swe opiera autor na 680 uśpieniach, dokonanych tym sposobem. O. postępuje następująco: wieczorem dnia poprzedniego podaje 0,5 - 1,0 weronalu celem pokrzepienia chorego snem. Potem na $1^{1}/_{4}$ — $1^{1}/_{2}$ godziny przed operacyą wstrzykuje choremu 0,0003 skopolaminy i 0,005 morfiny, a na ½ godziny przed zabiegiem drugą dawkę samej skopolaminy. Wadą dotychczasowych postępowań w zamroczeniach było to, że zadużo podawano morfiny, przez co nieraz występowało osłabienie czynności serca i oddechu, a kto wie, czy i zejścia śmiertelne nie należy odnieść do tego.

Bosse zrobił spostrzeżenie, że rozczyn skopolaminy działa znacznie lepiej, jeżeli nie jest całkiem świeży, lecz ma już 7 - 8 dni. O. tego potwierdzić nie może. Zwykle popadają chorzy potem w półsen, na pytanie nie odpowiadają i nie reagują świadomością nawet w czasie mycia. Zamroczenie jest tu zbawienne, bo usuwa obawę przed operacyą, czego np. uśpienie uczynić nie może, bo samo już wzbudza w chorym

lęk i wykonuje się je zwykle bezpośrednio przed operacyą, a zamroczenie na $1^1/_4$ — $1^1/_2$ godziny przed zabiegiem ew. jeszcze w pokoju chorego.

Skuteczność skopolaminy zależy w znacznej mierze od indywidualności chorego i to może więcej, niż od składu środka, który bywa też nie zawsze jednaki. Samo uśpienie dokonuje się eterem lub chloroformem. O. próbował jedynie eteru (metoda Witzela) i z wyników był bardzo zadowolony. Na tętno nie trzeba nawet zwracać zupełnie uwagi. Narkotyku wychodzi znacznie mniej, zwłaszcza jeżeli stosuje się chloroform lub kombinacyę chloroformu i eteru. Po operacyi podnosi się czasem liczba tętna jakoteż i ciepłota chwilowo; podobnie zwiększa się też po operacyi ilość moczu. Po operacyi śpią jeszcze chorzy spokojnie 2 3 godzin i obudziwszy się zupełnie nic nie pamiętają. Wymioty występują zaledwo w 3% przypadków i to bardzo nieznacznie.

Również i powikłania płucne są o wiele rzadsze. Tak np. zapalenia płuc autor nie spostrzegał zupełnie, a tylko zajęcia oskrzeli w 2%. Dodatek morfiny sprawia, że operowani zaraz po zabiegu oddechają spokojnie i głęboko.

Niemiłą rzeczą po tem uśpieniu jest tylko ogromne pragnienie i wysychanie w ustach. Zamroczenie to nadaje się też znakomicie do kombinacyi ze znieczuleniem miejscowem, np. w takich zabiegach, jak operacyi wola.

Dawkę skopolaminy podnieść można aż do 0,0009, natomiast morfiny nie należy stosować więcej, niż 0,01 z powodów, wspomnianych wyżej.

(Medicinische Klinik 1910 № 10).

A. KLĘSK.

Guibé. *O leczeniu chirurgicznem przewlekłych obrzęków.*

Najnowszy sposób leczenia chirurgicznego przewlekłych obrzęków, używany przez Haudleya, Lexera i Draudta, polega na sączkowaniu chłonki z okolic jej zastoju do miejsc, gdzie może być łatwo wchłonięta. Tylko takie odmiany obrzęków nadają się do tego zabiegu, których przyczyną są zaburzenia w krążeniu chłonki. Powstające wtedy obrzęki mają swój odrębny charakter i znane są pod nazwą słoniowacizny. Według dzisiejszych zapatrywań, chodzi tu zwykle o zapalenie przewlekłe skóry właściwej, lub tkanki podskórnej, w związku z którem pozostaje zanik pni chłonnych, zastój i rozszerzenie pozostałych naczyń chłonnych. Przyczyną tych zmian bywa zakażenie tych ostatnich przez zarazki ropne, naprzykład paciorkowce, po częstych nawrotach róży. Inne pasożyty, jak i nitkowiec ludzki (filaria sanguinis), działają przez bezpośrednie zamknięcie światła naczyń. Należy jeszcze odróżniać słonio-

wacizną swoistą, powstającą na tle i w okolicach, dotkniętych zmianami gruźliczemi i kiłowatemi Zupełnie odrębne miejsce zajmuje obrzęk kończyny górnej w raku gruczołu piersiowego. Haudley w ten sposób tłomaczy jego powstanie: rosnący szybko nowotwór zajmuje całą sieć sąsiednich naczyń chłonnych, wywołuje to w otaczającej tkance łącznej rozmnażanie się komórek i zbliznowacenie, następnie zaś zniszczenie całej sieci chłoniczej. Naczynia włosowate i całe pnie chłonicowe zanikają wskutek ucisku przez zwyrodniałą tkankę i wskutek zapalenia i skrzepów natury nowotworowej. W walce z tym obrzękiem posługiwać się możemy tylko jednym środkiem: należy mianowicie wznowić krążenie chłonki przez ominięcie tamującej zapory za pomocą sączkowania. Najlepiej służą w tym celu grube nitki jedwabne, posiadające w wysokim stopniu własność włosowatości. Doświadczenie Haudleya i Draudta wykazały, że wewnątrz tych nici nie występują nigdy skrzepy i nigdy nie dostają się tam białe ciałka krwi. Haudley pierwszy używał tego sposobu w obrzękach wskutek raka piersi. Polepszenie było bardzo znaczne, znikły bóle i polepszyły się ruchy, przytem obwód kończyny zmniejszył się o 25 mm. aż do 5 cm. Mitchell stosował ten sposób dwa razy w obrębie szyi i głowy, zawsze z wynikiem pomyślnym. Haudley i Lexer leczyli również tak samo obrzęki kończyny dolnej. W jednym przypodku, operowanym przez Lexera, zmniejszenie się objętości po upływie trzech tygodni wynosiło od 8—10 cm., sączkowanie odbywało się za pomocą 7 nitek. W drugim przypadku używano 12 nitek, a po 9 dniach obwód zmniejszył się o 31 cm Zabieg ten wymaga nader starannego odkażenia skóry, gdyż wobec najmniejszego ropienia wzdłuż nitki staje się niezbędne usunięcie tej ostatniej. Najlepsze usługi w tym względzie oddaje jodyna. Nitki wyjaławia się w autoklawie. Do wprowadzenia nitek Haudley używa małych nacięć, przedłużonych w tkankę podskórną za pomocą zgłębników. Lexer prowadzi nitki za pomocą szczypczyków, wsuniętych pod skórę. Według autora, najprostszym sposobem byłoby użycie długiej ostrej lub tępej igły Reverdina. Końce nitek najlepiej jest umieszczać w małych nacięciach; początek musi być pogrążony w okolicy, gdzie panuje zastuj, koniec zaś — wyprowadzony po za miejsce, gdzie leży przeszkoda w krążeniu. Po zabiegu należy nadać kończynie położenie takie, w którem usunięte byłoby działanie siły ciężkości. Opatrunek trzeba usunąć jak można najprędzej, następnie musi chory trzymać w ciągu 2–3 godzin dziennie kończynę wzniesioną i wyprostowaną, żeby ułatwić odpływ chłonki. Co do powikłań, jakie mogą przytrafić się w tym zabiegu, to są one przeważnie natury zakaźnej. Powstają więc albo ropnie, albo zakażenia przez całą długość nitki. Zależy to od tego, z jakimi obrzękami ma się do czynienia. Jeżeli

jest to obrzęk wskutek raka w piersi, żadnej przyczyny do zakażenia nie ma. Jeżeli zaś obrzęk powstał wskutek przewlekłego lub powrotnego zapalenia naczyń chłonnych, to możliwe jest zakażenie przez znajdujące się w chłonce zarazki. W takim wypadku, jeżeli wzdłuż nitek występuje czerwoność i ropienie, usuwa się nitki i powikłania ustępują bez dalszych skutków.

(La presse médicale 19 Janvier 1910).

F. P.

W. Bergeman. *Jak długo po śmierci kość pozostaje jałową i do przeszczepień zdatną.*

Do tej pory niezbyt wiele dokonano badań bakteryologicznych szpiku kostnego oraz kości trupów. Pierwiastkowo bodźcem do nich była chęć wykazania istnienia w szpiku po śmierci swoistych czynników zakażenia, klinicznie bowiem dawno ustalono, iż laseczniki duru, zapalenia szpiku i in. lata całe mogą pozostawać utajone w kościach, wywołując swego rodzaju schorzenia szpiku po upływie długiego czasu po ustąpieniu ostrych objawów chorobowych. E. Fränkel wykazał na dużej liczbie przypadków z dodatnim wynikiem, że w większości chorób zakaźnych wykryć się daje po śmierci w szpiku kręgów oraz żeber drobnoustroje, które spowodowały daną chorobę. W nowszych czasach Wilhelm I. Israël dowiódł tego samego na kości udowej. W ogólności, przyjęto, iż w czerwonym szpiku kostnym dzięki dużej obfitości krwi gnieździć się też muszą w dużej liczbie hodowle drobnoustrojów. Godną zaznaczenia jest okoliczność, iż nigdy nie udało się w kościach obok tego wykryć ani lasecznika okrężnicy, ani czystych saprofitów, zawsze, natomiast znajdowano te laseczniki, których spodziewać się należało w następstwie ostatnio przebytej choroby. Z badań tych wypływa również, iż innych drobnoustrojów z poprzednio przebytych zakażeń nigdzie nie stwierdzono.

Potrzeba użycia dla przeszczepień pokrytych okostną, nie zmacerowanych kości zrodziła zagadnienie, zali świeżo odjętą po śmierci kość można uważać za jałową i do celów plastyki odpowiednią. Nadewszystko wypadało ustalić, o ile śmierć ustroju sprzyja rozwojowi flory drobnoustrojowej w kości.

Twierdzenie Zweifela, iż w tkankach ustroju żyjącego wegetują zarodniki gnilne (beztlenowe), których rozwój powstrzymuje tlen, po jego zaś zgonie licznie się rozmnażają, zostały obalone badaniami Hausera.

Francuzcy autorowie (Achard, Phulpin) zauważyli, że w czasie konania drobnoustroje kiszkowe przenikają przez ścianę kiszki do krwi, zwłaszcza lasecznik okrężnicy. Dalej

Wurtz, Chvostek i Egyer twierdzili, że znajduje się to w zależności od okresu trwania konania. Twierdzeniom tym wszakże zaprzeczyli znów Austerlitz i Landsteiner, którzy szeregiem badań, z nadzwyczajną ścisłością i obostrzeniami wykonanych, na 50 zwolna uśmiercanych zwierzętach dowiedli jałowości krwi w sercu, co też analogicznie stwierdzili na świeżych ludzkich trupach. Głownemi wrotami dla zakażenia pośmiertnego są, oczywiście, ściany kiszek i wszelkie otwory w ustroju. Birch—Hirschfeld doszedł do przekonania, iż wtargnięcie zakażenia gnilnego do narządów brzusznych rozpoczyna się w 10 godzin po śmierci, w 2 godziny zaś po śmierci żadnych drobnoustrojów jeszcze tam nie zauważył.

Autor do badań swych użył dolnego odcinku uda, w niektórych — górnej częścl goleni. Pierwszych szczepień dokonywał on w 6—18 godzin po śmierci, ponawiał w 24 godziny, robiąc po 1—2 szczepienia. Badano za każdym razem szpik kostny oraz substancyę gębczastą. Hodowle badał w kropli wiszącej, drobnoustroje barwił sposobem Grama. Beztlenowców nie znaleziono ani razu. Ogółem dokonano 20 badań. W jednym tylko jedynym przypadku, u diabetyczki, w 44 godziny po zgonie stwierdzono istnienie w gębczastej substancyi drobnoustrojów w górnej części kości goleniowej, gdy takież badanie dokonane w 24 godziny na nasadzie uda zarówno w szpiku, jak w warstwie gębczastej, nie dało wyniku dodatniego, co przypisać należy wyjątkowo dobrej pożywce, jaką, być może, są tkanki diabetyka. We wszystkich innych przypadkach w odcinkach kostnych nie znaleziono drobnoustrojów. Badania przeto autora, dokonane drogą szczepień w ciągu pierwszych 24 godzin po śmierci, stanowczo wykazały, iż w ciągu conajmniej pierwszych 12 godzin układ kostny uznać należy za wolny od wszelkich drobnoustrojów. Nic tedy nie staje w tym okresie czasu na przeszkodzie do wykonywania przeszczepienia kości.

Przenikanie bowiem pośmiertne drobnoustrojów do wnętrza kości w każdym bądź razie następować musi bardzo późno dzięki bądź to odporności jej otoczki i wązkości kanalików doprowadzających, bądź też oddaleniu jamy brzusznej tudzież otworów ciała od kości na kończynach. Co się tyczy kończyn odjętych, to autor w 6 podobnych przypadkach dokonał badań odnośnie rozwijania się w kościach tychże drobnoustrojów. Szczepienia robiono tutaj co 3—6 godzin. Ustalono tą drogą, iż przeciętnie w ciągu pierwszych 14—18 godzin zgoła brak w nich drobnoustrojów, w jednym przypadku stwierdzono zakażenie dopiero w 90 godzin po amputacyi.

Zależy to w znacznej mierze od warunków wykonania operacyi (aseptyki) oraz przechowywania. Sąsiedztwo spraw

ropnych w częściach miękkich nie wpływało na zakażenie kości.

Nie mniej ze względu na możliwość zakażenia okostnej podobnych odcinków do plastyki użyć nigdy nie można.

(Archiv f. Klinische Chirurgie 90 B. II H).

ST. LEYZEROWICZ.

Hirschberg. *Wyciąg gwoździowy Codivilli, uzasadnione postępowanie w złamaniach kości.*

H. w pracy swej zwraca uwagę, że właściwie pierwszy podał wyciąg gwoździowy nie Steinmann, lecz chirurg boloński Codivilla. Różnica postępowania C. i S. jest to tylko, że pierwszy zawsze zakłada gwóźdź i to jeden tylko na wylot w kość piętową, pod nasady, S. wbija 2 gwoździe z obu stron poniżej miejsca złamania. Wyciąg gwoździowy ma o wiele więcej stron dogodnych od plastrowego Bardenheuera. Przedewszystkiem obchodzi się przy tem znacznie mniejszymi ciężarami, unika odleżyn i wyciąg zakładać można zaraz, nawet w złamaniu powikłanem.

Co zaś do sposobów Codivilli i Steinmanna, to H. przekłada wyżej sposób C., bo po pierwsze jest on znacznie łatwiejszy w wykonaniu, a powtóre daje lepsze wyniki lecznicze. Kończyna cała zmuszona jest ustawiać się w osi wyciągu, podczas gdy u Steinmanna n. p. w złamaniach uda goleń poprostu zawadza, obrzmiewa i ciężarem swym wpływać może na przesuwanie się odłamów. Wyciąg C. zapobiega też wytworzeniu się stopy szpiczastej.

(Według nas zaś sposób Steinmanna ma tę wyższość, że n. p. w złamaniach uda, ciągnąc wprost za złamane udo, obchodzi się znacznie mniejszymi ciężarami, co jest właśnie wadą wyciągu Bardenheuera. Również sposób S. działa znakomicie w złamaniach zastarzałych i nieraz je jeszcze prostuje, czego po wyciągu C. spodziewać się nie można. *Przyp. refer.*).

(Münch. Med. Woch. № 1).

A. KLĘSK.

Erich Lexer. *O leczeniu złamań kości.*

Najnowsze sposoby leczenia złamań polegają na dążeniu równoczesnem do utrzymania prawidłowego położenia odłamów i zachowania ruchomości kończyny. Od trzech lat autor nakłada w przypadkach złamań kości promieniowej i goleniowej opatrunek bez unieruchomienia. Tak leczony chory może wykonywać wszystkie ruchy czynne i bierne, z wyjątkiem takich, które mogłyby spowodować przesunięcie się odłamów. Po zestawieniu kości nakłada się zwykłą opaskę flanelową, która już na drugi dzień zdejmuje się do miesienia i kąpieli gorącej.

W tem położeniu pozostaje opatrunek w ciągu tygodnia, przez ten czas chory nosi rękę na chustce. Jeżeli jeszcze w drugim tygodniu ruchy są bolesne, stosuje się dwa lub trzy razy dziennie gorące kąpiele. Po trzech tygodniach wraca ruchomość kończyny.

Po złamaniach goleni w kostce autor umocowuje kończynę w położeniu prawidłowem za pomocą pasków plastra lepkiego, nakłada opaskę i pozostawia chorego w łóżku przez dzień jeden. Następnego dnia rozpoczyna ruchy czynne: zginanie i prostowanie stopy i palców. W pierwszym tygodniu czyni próby opierania się na końcach palców. W drugim i trzecim tygodniu opiera się chory bez bólu na całej stopie. Paski plastra lepkiego zostają przez 5 tygodni: zastępując po części wiąz goleniowopiętowy (ligamentum deltoides) i chroniąc przed utworzeniem się stopy płaskiej.

Konieczność badania i kontrolowania chorego conajmniej co 2 dni jest jednym z niedogodnych warunków leczenia złamań bez unieruchomienia.

(Münchener medizinische Wochenschrift Juli 1909).

F. POŻARYSKA.

Oehlecker. *Przyczynek do kazuistyki i leczenia neuropatycznych cierpień stawowych.*

Prócz znanych cierpień stawowych w wiądzie rdzenia, syringomyelii i t. p. wystąpić mogą w stawach zmiany jeszcze na tle wrodzonych nieprawidłowości rdzenia (hydromyelus congen.) i podobny przypadek podaje autor, dotyczący 25 letniego człowieka, u którego w przeciągu 10 lat wystąpiły te zmiany w obu stopach. Brat chorego cierpi na to samo. Obustronna oparacya Pirogoffa przyniosła bardzo dobry skutek. Również zabieg ten w jednym przypadku wiądu rdzenia oddał skutek bardzo dobry, tak że O. poleca w neuropatycznych cierpieniach stopy operacyę Pirogoffa. Należy tylko kość piętową dobrze umocować, najlepiej przez przybicie gwoździem.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że wogóle cierpienia te stawów dają złe operacyjne rokowania w innych przypadkach tak, że Adler wyraził zdanie, że tu jedynie leczenie zachowawcze ma racyę bytu, albowiem często skóra w miejscu operacyi ulega zgorzeli, a kości nie zrastają się.

(Beitr. z Klin. Chirurg. 65. I).

A. KLĘSK.

Franke. *Epicondylitis humeri.*

Powyższe cierpienie, które, nawiasem mówiąc, wystudyował F. i na sobie, występuje dość często w postaci tak typowej, że F. uważa je dlatego za osobną postać chorobową.

Cierpienie to występuje zwykle nagle, wśród gwałtownego bólu na zewnętrznej stronie stawu łokciowego. Ból zwykle jest tak silny, że kończyna staje się poprostu bezwładną. W wywiadach czasem wykazać można uraz (n. p. wiele form t. z. łokcia tennisowego okazuje podobne objawy), zwykle jednak jedynie tylko przebytą influencę. Umiejscawia się to cierpienie przeważnie na stronie prawej. Nader rzadko występuje u ludzi obarczonych kiłą, dną, gruźlicą lub u chorych na nerki. Prócz bólu, występują też przeczulica i różne sensacye nerwowe w kończynie górnej. Od ucisku najwięcej bolesny jest kłykietek (epicondylus) zewnętrzny, zwłaszcza jego dolny i zewnętrzny brzeg. Podobne gwałtowne bóle po influency występują też czasem i w innych miejscach n. p. kolanie, w kościach stopy i w palcach ręki, zwłaszcza 3 i 4. Rokowanie dobre, choć czasem bóle są tak gwałtowne, że nie pozostaje nic innego, jak operacya t. j. oddłutowanie kłykietka. Bóle z różnem nasileniem trwają zwykle 4—6 tygodni i dłużej, zwłaszcza gdy chory kończyny nie szanuje.

Jedynem słusznem leczeniem jest prócz operacyi ustalenie kończyny, względnie okłady wysychające.

W razie gdy choremu zależy bardzo na szybkiem wyleczeniu, oddłutowanie kłykietka, dające się wykonać zupełnie dobrze w znieczuleniu miejscowem, prowadzi rychło do celu.

(*Deut. Mediz. Wochenft. № 1 — 1910).*

A. KLĘSK.

Dollinger. *Operacyjne odprowadzenie zastarzałych zwichnięć łokcia.*

D. przystępuje zawsze zaraz do operacyi w zwichnięciach łokcia, istniejących już przynajmniej od trzech tygodni. Jeżeli powierzchnie stawowe nie pasują już dobrze do siebie, w takim razie je wycina. Doświadczenie D. opiera się na 34 przypadkach zwichnięć zastarzałych łokcia ku tyłowi. Z tego w 14 przypadkach przystąpił do wycięcia powierzchni stawowych, a w 20 odprowadzenie udało się łatwo. Naturalnie, czynnościowe wyniki udałego odprowadzenia są znacznie lepsze od wycięcia.

(*Deut. Zeift. f. Chir. 100*).

A. KLĘSK.

Borchard. *Operacyjne leczenie złamań szyi kości udowej, zwłaszcza w młodym wieku.*

Po złamaniach szyi kości udowej nie tylko u starych, ale i u młodych często bez żadnej widocznej przyczyny kości nie zrastają się dobrze i tworzy się staw wrzekomy, tak, że potem nie pozostaje nic innego, jak usunięcie dośrodkowej części

złamanego uda. Wogóle rokowanie tu jest tem lepsze co do kostnego zgojenia się, im złamanie leży bliżej krętarzy, gdyż wtedy nawet łatwo jest wykonać szew kostny. Źle zgojone śródkrętarzowe złamania wymagają też często zabiegu, a polega on na wycięciu klina w szyi w miejscu złamania.

(Deut. Zft. f. Chir. 100).

A. KLĘSK.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Abraham. *Nowe próby leczenia upławów za pomocą drożdży.*

Liczne spostrzeżenia kliniczne pouczyły o dodatnim wpływie leczniczym drożdży na upławy kobiece, a badania bakteryologiczne stwierdziły, że drożdże działają drobnoustrojobójczo na dwoinki tryprowe, paciorkowce, gronkowce, i prątki zwykłe.

Opierając się na faktach ustalonych, że tylko drożdże, zdolne do fermentacyi, działają drobnoustrojobójczo i że działanie to wzmaga się po dodaniu cukru, asparaginy, peptonu oraz soli obojętnych, autor pracy przygotował mieszaninę, składającą się z białej gliny, drożdży w postaci proszku, cukru trzcinowego, oraz soli następujących: siarczanu magnesu, fosforanu sodu, węglanu sodu i węglanu potasu.

Mieszaninę ową autor stosuje w sposób dwojaki.

W zapaleniach dolnych odcinków pochwy oraz sromu zadawala się, po dokładnem oczyszczeniu i osuszeniu całej pochwy i części pochwowej macicy, wdmuchiwaniem do pochwy przy pomocy rozpylacza od 2 do 5 grm. proszku, bez wkładania sączka.

Drugi sposób postępowania polega na wkładaniu przed ujściem zewnętrznem macicy torebki żelatynowej, zawierającej około 3 grm. mieszaniny, starając się utrzymać ją w tem położeniu przy pomocy wacika, wprowadzonego do pochwy. Wacik usuwa się po 48 godzinach, i jeżeli odczyn nie jest zbyt silny, należy torebkę wprowadzić powtórnie; w razie zaś podrażnienia zapalnego, pochwę przemywa się odwarem rumianku i stosuje się postępowanie pierwsze, jako łagodniejsze. Po 2 dniach, skoro objawów zapalnych już niema, można ponownie wprowadzić torebkę.

Ostatni sposób postępowania wzkazany jest szczególnie wtedy, kiedy sprawa zapalna zajęła część pochwową, sklepienia oraz macicę. Leczenie przy pomocy drożdży, stosowane

przez autora w 200 przypadkach różnych spraw zapalnych pochwy i macicy, dało wyniki o wiele lepsze, niż zwykłe przemywania i przyżegania.

Najlepiej leczą się tym sposobem świeże wiewiórowe zapalenia pochwy. Po 2 do 5 torebkach żelatynowych następuje wyzdrowienie zupełne. Duże nadżerki szyi wymagają dłuższego leczenia Zapobiedz podrażnieniu można, stosując na przemian obydwa sposoby wprowadzania mieszaniny.

Do kanału szyi i do wnętrza macicy proszku wprowadzać nie należy, w obawie zakażenia. Metoda pochwowa w większości przypadków najzupełniej wystarcza, jeżeli dokładnie oczyścić i osuszyć kanał szyi przy pomocy zgłębnika. Zajęcie przydatków, zapalenie gruczołów przedsionkowych i dróg moczowych jest przeciwwskazaniem do leczenia drożdżami.

Odsetki przypadków niewyleczonych wyniosły w spostrzeżeniach autora 14%, a z tych 6 było powikłanych wiewiórowem zapaleniem przydatków, których wyleczenie było z góry mało prawdopodobne.

(Monatschr. f. Geb. u Gyn. r. 1910 № 1).

BRABANDER.

Mekertschiantz. *Mammina Poehla, jako nowy środek leczniczy we włókniakomięśniakach i w przewlekłych zapaleniach macicy.*

Mammina Poehla nie jest określonem połączeniem chemicznem, tylko mieszaniną związków, wyrabianych przez gruczoły mleczne.

Zachęcony spostrzeżeniami Bella, Schobera i Fedorowa autor zastosował wyżej wymieniony przetwór w 26 przypadkach włókniakomięśniaków i w 24 przypadkach zapaleń przewlekłych macicy; wyniki przezeń otrzymane były, jakoby, nadspodziewanie świetne.

W 2 przypadkach włókniaków nastąpiło wyleczenie zupełne, a prawie we wszystkich dała się zauważyć wybitna poprawa: objętość guza znacznie zmniejszyła się, bóle uspokoiły się, krwotoki ustały, miesiączki uregulowały się, a stan ogólny znacznie polepszył się.

Mammina Poehla jest, zdaniem autora, jedynym środkiem słusznym we włókniakach macicy i należy go zalecać w każdym przypadku najmniej w ciągu 1—2 miesięcy, i tylko w razie niepowodzenia przystąpić do operacyi.

Najlepsze wyniki otrzymywał autor w guzach, których objętość nie przewyższała wielkości 4—5 miesięcznej macicy ciężarnej. Guzy, sięgające pępka i większe nie zmniejszały się pod wpływem mamminy, natomiast stan ogólny chorych znacznie poprawił się.

Nigdy, zdaniem autora, nie należy spieszyć z operacyą, nawet w przypadkach ostatniej kategoryi, a próbować leczenia mamminą, zwłaszcza u pacyentek wycieńczonych i niedokrwistych, aby, po osiągnięciu ogólnej poprawy, dokonać operacyi w warunkach o wiele lepszych.

Nieocenionym i jedynym środkiem jest, jakoby, mammina w przypadkach, powikłanych cierpieniem serca, nerek lub płuc, kiedy o operacyi mowy być nie może.

Przewlekłe zapalenia macicy również bardzo dobrze leczą się przy pomocy mamminy.

Objętość narządu znacznie zmniejsza się, miesiączki powracają do stanu prawidłowego, bóle uspakajają się, upławy tracą swą obfitość, a niekiedy znikają zupełnie i ogólny stan wybitnie poprawia się.

Mammina Poehla zażywa się w postaci tabletek, zawierających po 0,5 gr. przetworu, 3 razy dziennie po jednej tabletce w stanach zapalnych i 4 do 6 razy we włókniakach, zawsze po jedzeniu lub podczas jedzenia; na czczo zażywać przetworu nie należy, gdyż niekiedy wywołuje wymioty.

We włókniakach jest bardzo korzystne a często nieodzowne połączenie leczenia wewnętrznego z wprowadzaniem podskórnem przetworu codziennie, lub co drugi dzień po 2,0 gr. 2% rozczynu mamminy.

Przetwór okazał się również bardzo skutecznym w krwotokach w okresie poprzedzającym przekwitanie, oraz w okresie poporodowym, w tym ostatnim przypadku tylko podskórnie i w możliwie dużych dawkach.

Najsilniej działa mammina w czasie miesiączki.

Przetwór można zażywać bez przerwy w ciągu bardzo długiego czasu (rok — 1½ roku) bez szkody dla zdrowia.

(Monatschr. f. Geb. u. Gyn. r. 1910 № I).

BRABANDER.

Opitz. *O pojmowaniu i leczeniu krwawień macicznych oraz nieżytów szyi macicy.*

Autor uważa, że specyaliści w tłomaczeniu pochodzenia krwawień macicznych za wielką wagę przywiązują do anatomicznych zmian narządów płciowych, w szczególności zaś — błony śluzowej macicy, zapominając, jak wielką rolę w tych przypadkach odgrywa ogólny stan ustroju.

Przyczyną krwawienia macicznego może być, zdaniem autora: nieprawidłowa czynność jajników, przeróżne zaburzenia w przemianie materyi, własności oraz krążeniu krwi, nie zaś rozrost błony śluzowej macicy, uważany dotychczas za jedyną przyczynę krwawień macicznych. Nie ulega wątpliwości, że znaczne zmiany anatomiczne błony śluzowej mogą odegrać

w końcu pewną samodzielną rolę w pojawianiu się krwawień, lecz zmiany te są już skutkiem, nie zaś pierwotną przyczyną objawów chorobowych.

Stwierdzony wpływ jajników na prawidłową miesiączkę, zaburzenia miesiączkowania w okresie dojrzewania i przekwitania świadczą o ścisłym związku czynności jajników z krwawieniami macicznemi.

Spostrzeżenia nad choremi każą autorowi przypuszczać, że osłabiona czynność jajników może spowodować zmniejszenie a nawet zatrzymanie miesiączki, w innych zaś przypadkach może wywołać krwotoki maciczne.

Dodatni wpływ skrobania ma, zdaniem autora, jeszcze inne tłomaczenie, niż usunięcie chorej śluzówki, a mianowicie: silne podrażnienie, działając przez macicę na jajniki, zmienia warunki miejscowego krążenia krwi i w ten sposób usuwa przyczynę krwawienia. To samo daje się powiedzieć o działaniu przyżegania, sporyszu i innych środków pokrewnych.

Błednica, zaburzenia układu nerwowego, nieprawidłowe stosunki płciowe, szczególniej zaś samogwałt i spółkowanie przerywane mogą być przyczyną obfitych krwawień.

Często w przypadkach krwawień macicznych daje się stwierdzić ogólne przekrwienie miednicy ze wszystkimi właściwymi objawami.

Z powiedzianego powyżej widocznem się staje, jak ważne jest każdorazowe zbadanie ogólnego stanu chorej, gdyż tylko zwalczanie samych przyczyn choroby może wpłynąć na usunięcie objawów krwawienia, nie zaś, jak to zwykle bywa, zastosowywanie środków miejscowych.

Obfite wydzieliny z narządów płciowych są również najczęściej zależne od ogólnego stanu ustroju. Błednica, ogólne wyczerpanie, pobudliwość nerwowa, zaburzenia trawienia przyczyniają się do zwiększenia wydzielin.

To też, w przypadkach, gdzie stwierdzono obecność tych zaburzeń, leczenie upławów powinno zasadzać się na zwalczaniu przyczyny t. j. polepszeniu stanu ogólnego.

Miejscowo autor posługuje się wstrzykiwaniami, przyżeganiami, próbował zastosowywać przekrwienie sposobem Biera, oraz używał leukofermantynę. Ten ostatni środek zastosowuje w odstępach 2—7 dniowych, przyczem za każdym razem wprowadza się do szyi macicy kawałek gazy, umaczanej w leukofermantynie i pozostawia ją 24 godzin. Wyniki tego sposobu były bardzo dodatnie.

(Münch. Med. Woch. 1910 № I).

M. KASPEROWICZOWA

Tandler i Halban. *Zeszywanie mięśni dna miednicy, jako metoda lecznicza wypadnięcia części rodnych kobiety.*

Przyczyną wypadnięcia części rodnych kobiety nie jest bynajmniej osłabienie więzów macicy, lecz niedomoga mięśniowego dna miednicy, t. j. mięśnia dźwigacza odbytu oraz przepony moczowopłciowej. Wypadnięcie należy uważać za przepuklinę, której wrota stanowi rozwór płciowy; prawidłowo przepuszcza on zaledwie pochwę i cewkę moczową, a w osłabieniu wyżej wymienionych mięśni znacznie rozszerza się; wytwarza się rodzaj wrót przepuklinowych, a tłocznia brzuszna wypycha przez nie pochwę i macicę na zewnątrz.

Wychodząc z założeń powyższych, autorowie uważają, że jedynie słuszną operacyą wypadnięcia jest utworzenie mocnego mięśniowego dna miednicy małej.

W wypadnięciach nieznacznych wystarcza zeszycie rozdartego krocza, połączone z zeszywaniem mięśnia dźwigacza odbytu.

Operacya rozpoczyna się od cięcia wzdłuż tylnego spoidła, następnie po części nożem, po części na tępo wchodzi się do przegrody pochwowoodbytnicowej, starając się oddzielić tylną ścianę pochwy od przedniej powierzchni odbytnicy. Odnalazłszy mięśnie łonowo-odbytnicowe, stanowiące część dźwigacza odbytu, łączy się je w linji środkowej za pomocą kilku szwow. Na zakończenie należy zeszyć krocze z wycięciem dużego płata z tylnej ściany pochwy.

W wypadnięciach całkowitych operacya ta nie wystarcza. Ażeby cel osiągnąć, należy ją połączyć z utworzeniem przodopochylenia metodą Schauty. Schauta przyszywa dno macicy do przegrody pęcherzowo-pochwowej, i w ten sposób tylna ściana pęcherza dotyka tylnej powierzchni macicy. Tłocznia brzuszna nie jest już w stanie wypchnąć tylnej ściany pęcherza na zewnątrz, a pcha ją w kierunku dna macicy, która będąc w silnem przodopochyleniu leży w większej swej części na dźwigaczu odbytu, a ten znowu przeszkadza jej wypadnięciu. Tyłopochylenie, przeciwnie, sprzyja wypadnięciu, ponieważ wtedy tłocznia brzuszna wypycha macicę w kierunku rozworu płciowego.

W większości przypadków postępowanie powyższe daje wyniki zadawalające. Zdarza się jednak, że dźwigacz odbytu, będąc w stanie daleko posuniętego zaniku, nie nadaje się do zeszycia i w takich razach niektórzy proponują i wykonywują całkowite wycięcie macicy wraz z pochwą. Autorowie metodę tę potępiają stanowczo, uważając ją słusznie za nieuzasadnioną, nie prowadzącą do celu i w dodatku niebezpieczną. Wzamian za to proponują oni nową operacyę, polegającą na szerokiem odłuszczeniu skóry całego krocza, okolicy odbytu i pośladków

oraz wycięciu płata z mięśnia pośladkowego wielkiego z obu stron. Następnie oba płaty wymienionego mięśnia przeprowadzają ku linii środkowej, t. j. na krocze i zeszywają je z sobą oraz o odbytem, pochwą, okostną kości łonowej, guza kulszowego i więzadłem kulszowokrzyżowem. Na zakończenie bardzo dokładnie zeszywa się skórę.

Autorowie operacyę powyższą dotychczas wykonali tylko na trupach.

(Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1910 № 1).

BRABANDER.

L. Chevrier. *Tamowanie krwotoku w wycięciu macicy przez jamę brzuszną.*

Po wycięciu macicy przez jamę brzuszną naczęściej bywa dość żywe krwawienie ze ścian pochwy. Dla uniknięcia tego krwawienia autor zaleca podwiązanie tętnicy szyjowo-pochwowej, która zasila górną część pochwy. Tętnica ta stanowi gałęź tętnicy macicznej i bierze początek zaraz po skrzyżowaniu się tej ostatniej z moczowodem. Dla zatamowania krwotoku są dwa sposoby: można albo podwiązać tętnicę maciczną przed jej rozgałęzieniem, t. j. przed skrzyżowaniem się z moczowodem, albo też należy oddzielnie podwiązać tętnicę szyjowopochwową. Pierwszy sposób jest gorszy, gdyż w tem miejscu biorą początek gałązki, idące do pęcherza; lepiej więc jest stosować drugi sposób. — Autor czyni to w sposób następujący. Najpierw wycina trzon macicy, następnie kleszczykami chwyta pozostałe części szyi macicznej, później podwiązuje wiąz obły i wiąz jajnika. Teraz nakłada na ścianę pochwy zaciskadło prostopadle do zaciskadła, nałożonego na tętnicę maciczną, i odcina szyjkę, nakładając jednocześnie kleszczyki na ściany pochwy. Nakoniec obkłuwa naczynia ściany pochwy i podwiązuje wraz z tętnicą maciczną.

(Annales de Gynecologie et d'Obstetrique Fevrier 1910).

BALBINA WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Mayer. *O krzyżowem znieczuleniu w łączności z kokainizacyą nosa celem łagodzenia bólów porodowych.*

Przez krzyżowe znieczulenie lub też od wynalazcy Cathelina „nadoponowe wstrzyknięcie“ rozumiemy wprowadzenie pewnego płynu n. p. rozczynu soli kuchennej z dodatkiem środka znieczulającego do kanału krzyżowego przez hiatus canalis sacralis, znajdujący się na granicy kości krzyżowej i ogonowej.

Płyn w przeciwieństwie do wstrzykiwań rdzeniowych Biera pozostaje tu pozaoponowo. Cathelin polecił ten sposób zwłaszcza do leczenia moczenia nocnego, wypróbowawszy

go w wielu wypadkach i osiągnąwszy prawie w 75% wyleczenie. Podobnie korzystne wyniki widział Kapsamer. W związku z tem Stoeckel wpadł na myśl zastosowania tych wstrzykiwań w porodach, a to celem złagodzenia podmiotowego bólów porodowych. Rzeczywiście otrzymać miał Stockel bardzo dobre wyniki.

Nieco sceptyczniej wyraża się o tem sposobie Czyżewicz ze Lwowa. Ze względu na ścisły związek części rodnych z nosem, Stoeckel polecił dalej kombinować wstrzykiwania nadoponowe z kokainizacyą muszli nosowych.

W tenże sposób postępowano w klinice kobiecej prowincyonalnej w Poznaniu w 50 przypadkach, stosując znieczulenie w różnych okresach porodowych Płyn wstrzykiwany zawierał zwykle 0,15 nowokainy i 0,000325 suprareniny, rozpuszczonych w 30 cm. fizyologicznego roczynu soli kuchennej.

Przedtem pędzlowano nos 5 kroplami 20% rozczynu kokainy, zwłaszcza guzek przegrody i przedni koniec dolnej muszli.

Idealna metota znieczulania porodowego powinna spełniać następujące warunki: 1) zmniejszając podmiotowe uczucie bólu nie powinna wpływać na natężenie kurczów macicy i tłoczni brzusznej; 2) nie powinna szkodzić zdrowiu matki lub dziecka; 3) nie powinna wywoływać następowych zaburzeń. Otóż powyższy sposób, oceniany z tych stron, ma wiele wad. Znosi n. p. podmiotowo często czucie bólu, ale prawie w połowie przypadków wpływa za to ujemnie na siłę i częstość skurczów macicy, jako też na działanie tłoczni brzusznej. Natomiast nie działa on szkodliwie na zdrowie matki lub dziecka i nie pociąga za zobą powikłań w połogu. Znieczulenie występuje w 5—10 minut po wstrzyknięciu i trwa do 3—5 godzin. Końcową ocenę streszcza M. w słowach: sposób ten znieczulenia idealny nie jest, ale może znaleźć zastosowanie u osób bardzo drażliwych i starszych pierwiastek.

(Medizinische Klinik 12).

A. KLĘSK.

Löwenstein. *Los ciąży po usunięciu obu jajników podczas tejże.*

Bardzo ważnem pytaniem jest, jak należy postępować wobec guzów jajników, zwłaszcza obustronnych, wśród ciąży. Bo o ile usunięcie guzów powinno zawsze być stosowane, to tutaj spotykamy zupełnie odrębne warunki i mamy mieć na względzie prócz zdrowia i życia matki także takież dziecka. Jednostronne usunięcie jajnika nie pociąga za sobą w ciąży poważniejszych następstw, dlatego też wchodzi ono o tyle w rachubę, że przystępując do operacyi jednostronnej powinniśmy być przygotowani i na to, że w drugim jajniku zmiany spotkać

możemy i to takie, które zmuszą nas do usunięcia i drugiego jajnika.

A wpływ ciąży na wszelkie guzy a zwłaszcza jajnikowe jest wybitny. W miarę postępowania ciąży rosną często i guzy coraz szybciej, a podług Schrödera nieraz w ciąży guzy dobrotliwe przyjmują charakter złośliwy Prócz tego guzy jajnikowe utrudniają naturalnie poród i $^{1}/_{4}$ matek a $^{2}/_{3}$ dzieci traci przytem życie. Guzy wreszcie uledz mogą skręceniu szypuły, co zwykle między 2—4 miesiącem ciąży ma miejsce. Wobec tych powikłań w leczeniu wchodzą w rachubę: 1) wczesny poród; 2) usunięcie guza (repozycya, operacyjne wycięcie).

Wczesny poród wzgl poronienie stosuje się podług Hohla tylko wtedy, gdy umiejscowienie śródwięzadłowe guza każe spodziewać się operacyi bardzo krwawej lub trudnej, n. p. ze względu na silne zrosty guza z otoczeniem. Repozycyę stosujemy n. p. przed lub wśród porodu, zwłaszcza zaraz po pęknięciu błon płodowych. Usunięcie przez nakłucie guzów o płynnej zawartości jest zabiegiem dość niebezpiecznym.

Co do chwili przystępowania do operacyi, to zdania operatorów są bardzo co do tego podzielone. Hohl n. p. radzi to czynić wczas, a więc przed 4 miesiącami.

Natomiast znów Fränkel na mocy swych doświadczeń na zwierzętach jest zdania, że jeżeli nie chce się przerwać niechcący ciąży, to nie powinno się bezwarunkowo kastrować w ciąży przed 4 miesiącem.

Zdanie to jest odosobnione a przeciwko temu przemawia statystyka. Kośmiński n. p. ze Lwowa wykonał obustronną owariotomię w 31 dniu ciąży i ta ostatnia nie uległa wcale przerwaniu. Także w doświadczeniach na zwierzętach zbito zdanie Fränkela.

Również i przypadek autora przemawia przeciw zdaniu Fränkela. W r. 1904 w 3 miesiącu ciąży owariotomia prawa z powodu guza, w 9 dni poronienie. W rok potem owariotomia lewa z powodu zmian torbielowych jajnika lewego w 2 miesiącu ciąży (44 dni). Chora ciążę donosiła potem zupełnie dobrze.

(*Mediz. Klinik № 11—12 1910*).

A. KLĘSK.

P. Lecène et Metzger. *Ostre zapalenie gruczołu tarczowego, jako pawikłanie zakażenia połogowego.*

Autorowie podają badanie chorej z gorączką połogową. Stwierdzono obrzęk gruczołu tarczowego z miejscowem chełbotaniem. Przecięto ropień, włożono sączek, gorączka spadła i chora wyzdrowiała. Ropa zawiera paciorkowce. Opisany przypadek należy określić, jako pierwotne zapalenie gruczołu tarczowego; osobną grupę stanowią fakty zapalenia wola, już przed ciążą istniejącego.

Po opisie przebiegu choroby, po rozpatrzeniu rozpoznania różniczkowego z podaniem szczegółowem piśmiennictwa, autorowie dochodzą do następujących wniosków: Przypadki zapalenia gruczołu tarczowego podczas zakażenia połogowego są rzadkie. Zapalenie może rozejść się lub też przejść w ropienie, w ostatnim przypadku rokowanie było uważane dawniej za nadzwyczaj poważne; jednak obecnie przez zabieg chirurgiczny wczesny można nieraz zapobiedz ogólnemu zakażeniu i utworzeniu się miejscowych nacieków ropnych. — Dotychczas nieznane są fakty obrzęku śluzowego, jako dalszego wyniku zniszczenia gruczołu tarczowego przez ropienie.

Zwykłe zapalenie gruczołu tarczowego trzeba leczyć okładami; gdy wystąpią oznaki ropienia, trzeba zrobić szerokie nacięcie i sączkować.

(Annales de Gynecologie et d'Obstetrique. Fevrier 1910).

BALBINA WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 9 grudnia 1909 r.

1. *Czarkowski.* Przypadek nacięcia miedniczki w kamicy nerkowej.
2. *Fryszman.* Przypadek uwięzienia kamienia w moczowodzie, wyleczony za pomocą wstrzykiwań oliwy.
3. *Kiełkiewicz.* Przypadek przerostu gruczołu krokowego, operowany sposobem Freyera.
4. *Grosglik.* Pokaz gruczołu krokowego, usuniętego metodą Freyera.
5. *Kiełkiewicz.* Pokaz nerki, usuniętej z powodu przetoki nerkowej.

1. *Józef Czarkowski* przedstawił chorego 40 letniego mężczyznę, któremu przed 5 tygodniami wykonał usunięcie przez nacięcie miedniczki 2 kamieni wielkości tureckich orzechów, a czterech małych. Chory cierpiał na napady kolki nerkowej od lat 12.

Badanie prom. Röntgena, wykonane w pracowni dr. Judta, wykazało obecność tylko 2-ch kamieni. Operacyę wykonano w uśpieniu chloroformowem.

Cięciem Bergmana-Kosińskiego dostano się do nerki i, po wyłonieniu jej z tkanki tłuszczowej, przekonano się, że jeden z kamieni siedzi w rozszerzonej miedniczce, a drugi w górnym biegunie nerki. Pomimo tego, że badanie moczu wykazywało trochę ropy i chory gorączkował do 37,5, Czarkowski wykonał nacięcie miedniczki, a nie nerki.

Cięciem miedniczki, długości 2½ centym., prostopadłem do osi nerki, dostano się do jamy, w której tkwił kamień. Kamień wyjęto z łatwością; drugi zaś, usadowiony w górnym biegunie nerki, dał się powoli przesunąć do miedniczki i wyjąć.

Poszukując małym palcem we wszystkich rozgałęzieniach kielichów nerki, wyjęto jeszcze cztery drobne kamyki. Przytem bardzo cienka ściana miedniczki naderwała się ukośnie na początku cięcia, zaraz przy moczowodzie.

Nerkę odprowadzono na miejsce. Ranę powłok zaszyto doszczętnie, wprowadzając tylko 2 paski gazy do miejsca szwu miedniczki. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, gorączka, sięgająca 37,8, trzymała się przez 2½ tygodnia, wreszcie spadła do normy.

Mocz, pierwszy dzień po operacyi nieco zabarwiony krwią, później mętno-ropiasty przez trzy tygodnie, obecnie jest zupełnie czysty.

Dodatnie strony nacięcia miedniczki w usuwaniu kamieni są następujące: łatwość zabiegu, brak utraty krwi i uszkodzenia miąższu nerki, wreszcie szybkość gojenia się rany.

Ujemne strony:

Łatwość zakażenia ścian miedniczki w poszukiwaniu kamieni.

Po niedokładnem nałożeniu szwu — przetoki.

Wskazania do nacięcia miedniczki:

Nieduże kamienie, aseptyczny lub mało zakażony mocz.

Przeciwwskazania:

Obfita ropa, duże kamienie.

Wobec powikłań po nacięciu miedniczki, większość chirurgów oświadczała się za cięciem nerki, proponując zarazem zupełnie zarzucenie pyelotomii. Czarkowski, opierając się, co prawda, na jednym tylko przypadku, uważa za słuszne, w przypadkach niepowikłanych uciekać się do mniej obrażającego nerkę zabiegu — pyelotomii.

(Streścił mówca).

Grosglik: cięcie miedniczki zostało zarzucone głównie dzięki pracom Israela, który dowodził, iż rany miedniczki goją się znacznie gorzej, niż rany nerki. Zwrócenie na nowo uwagi na zabieg wspomniany jest zasługą Zuckerkandla, który pierwszy zalecać począł usuwanie kamieni z miedniczki za pomocą nacięcia jej tylnej ściany w przypadkach niezakażonych. Obecnie, gdy dzięki rentgenografii możliwe jest zupełnie dokładne określenie położenia kamieni, cięcie miedniczki zyskiwać powinno coraz szersze zastosowanie, co na zachodzie w czasach ostatnich istotnie spostrzegać się daje. U nas, jak się zdaje, przypadek Czarkowskiego jest pierwszą próbą w tym kierunku.

Leśniowski zaznacza, że dziś istotnie we wszechświatowem piśmiennictwie widzi się zwrot ku usuwaniu kamieni z miedniczki za pomocą cięcia miedniczki, nie nerki. Do miedniczki starają się również przepchnąć kamień z moczowodu i usunąć go za pomocą cięcia miedniczki; udaje się to z kamieniami, położonymi nawet w dolnych odcinkach moczowodu. Co się tyczy przecinania nerki w celu wydobycia kamienia i następczego zaszycia, to, pomimiając możliwość b. obfitego nieraz krwotoku, nawet w przypadku zupełnie niepowikłanego ropieniem przebiegu gojenia się, zabieg ten nie jest bynajmniej dla organu obojętny. Odnośne doświadczenia wykazały, że powierzchnie przecięcia zrastają się za pomocą warstwy tkanki łącznej, która to tkanka łączna rozrasta się następnie po obu stronach blizny, wrasta w miąższ organu i niszczy większą lub mniejszą ilość tegoż.

Kryński: chirurgów skłania i skłaniać powinno do usuwania kamieni nerkowych cięciem miedniczki nie możność dokładnego rozpoznania położenia kamieni za pomocą prześwietlania, jak sądzi Grosglik, lecz wzgląd inny, o którym wspomniał już Leśniowski, a mianowicie świadomość, iż przecięcie nerki prowadzi do rozległego zniszczenia jej miąższu na skutek rozrostu tkanki bliznowej.

Czarkowski przestrzega przed zbytnią ufnością w dokładność zdjęć rentgenowskich, Kiełkiewicz nadmienia, iż cięcie miedniczki jest wskazane

tylko w przypadkach, gdzie rozpoznanie jest zupełnie pewne, w przypadkach natomiast wątpliwych, gdzie rozpoznanie waha się między początkującą gruźlicą nerki, kamicą i zapaleniem krwotocznem nie wystarcza zbadanie samej miedniczki i kielichów, należy zbadać i miąższ nerki, względnie niezbędne jest wówczas jej przecięcie.

Ciechomski przypomina, że w roku ubiegłym przedstawiał na jednem z posiedzeń chirurgicznych, o czem poprzedni mówcy zdają się nie pamiętać, duży, kształtu korala kamień, wydobyty z miedniczki za pomocą jej nacięcia. W przypadku tym fotografia wykryła prócz owego dużego kamienia jeszcze dwa mniejsze, które zostały usunięte również, pomimo to na oględzinach pośmiertnych znaleziono jeszcze czwarty kamień w jednym z kielichów. C. zwracał wówczas uwagę, iż wynik ujemny badania promieniami X. nie dowodzi bezwzględnie nieobecności kamieni i podkreślał, że cięcie miedniczki nie daje możności należytego zbadania podczas zabiegu miedniczki i kielichów, gdyż palcem, wprowadzonym do miedniczki, nie łatwo jest wszystkich kielichów dosięgnąć. C. miał również sposobność stwierdzić w jednym ze swych przypadków, jak rozległe zniszczenie miąższu nerki powoduje jej przecięcie. Badanie pośmiertne przeciętej przed dwoma laty nerki wykazało, iż cały narząd przedstawia się, jako twór łącznotkankowy — tkanka bliznowa rozwinęła się nie tylko w płaszczyźnie cięcia, lecz przerosła miąższ nerki na dalekiej od tejże odległości.

Czarkowski wyjaśnia, iż nie przytaczał w swem przemówieniu piśmiennictwa i wskutek tego nie wspomniał o przypadku Ciechomskiego, który jest mu dobrze znany. W przypadku tym zresztą, sądzi C., cięcie miedniczki nie było wskazane, gdyż przypadek był zakażony, miedniczka zaś w wydobywaniu b. dużego kamienia uledz musiała rozdarciu i nie mogła być zaszyta.

Ciechomski: zarzuty Czarkowskiego są niesłuszne: w przypadku omawianym miedniczka rozdarciu nie uległa i była zaszyta, szew, jak stwierdziło badanie pośmiertne, trzymał dobrze.

Na zapytanie Szteynera, w jaki sposób rana miedniczki została zaszyta, Czarkowski wyjaśnia, że założył szew ciągły, jednopiętrowy z cienkiej struny, nie przekłuwając przytem śluzówki miedniczki.

2. *Fryszman* przedstawił chorego, u którego udało mu się drogą cewnikowania moczowodu usunąć objawy ostrego wodonercza, spowodowanego uwięzieniem kamieni w moczowodzie.

Chory lat 37 przed trzema laty spostrzegany był przez Fryszmana z powodu ataków kolki nerkowej prawostronnej. Wówczas to po jednym z takich ataków odszedł choremu kamień wielkości grochu.

Odtąd chory żadnych bólów nerkowych nie doznawał, cierpiał jedynie z powodu zaburzeń przewodu pokarmowego (colitis chronica).

W początkach października r. 1909 nagle dostał silnych bólów w okolicy lewej nerki w połączeniu z dreszczami, wymiotami i gorączką. Nazajutrz po krótkotrwałym bezmoczu odeszło kilka drobnych (wielkości ziaren maku) kamyków, lecz bóle nie ustępowały pomimo częstych zastrzyknięć morfiny etc

W ciągu następnych dni stan chorego nie zmieniał się, w dalszym

ciągu doznawał bólów, ciepłota wieczorami była podniesiona, moczu oddawał pozornie dostateczną ilość, bo około 6—7 szklanek na dobę.

F. wezwany siódmego dnia od rozpoczęcia się objawów chorobowych, stwierdził silne napięcie powłok brzusznych z lewej strony, na przebiegu lewego moczowodu—gruby nadzwyczaj bolesny wał. Badanie klatki piersiowej wykazało obecność z tyłu z lewej strony stępienia odgłosu opukowego, sięgającego prawie że do kąta łopatki. Na całej tej przestrzeni oddech niesłyszalny, drżenie zniesione.

T⁰ podniesiona, tętno mocno przyspieszone, język obłożony, podsychający. Mocz lekko mętny, zawiera, jak badanie moczu wykazuje, ślady białka oraz pojedyncze erytrocyty. Przypuszczając na zasadzie wywiadów i danych objektywnych możliwość uwięzienia kamienia w moczowodzie, Fr. tegoż dnia wieczorem dokonał badania cystoskopowego. Stwierdzono, że z prawego moczowodu rytmicznie wytryskuje płyn, z lewego nie. Wprowadzono tedy cewnik moczowodowy do lewego moczowodu, który przeszedł 5—6 ctm. i dalej się nie dawał przesunąć. Wstrzyknięta przez tenże cewnik wyjałowiona gliceryna wracała obok niego do pęcherza.

Następnego dnia znowu powtórzono próbę cewnikowania lewego moczowodu. Tym razem już cewnik dał się wprowadzić zaledwie na 3 ctm. od wylotu moczowodu. Po daremnem usiłowaniu przezwyciężenia przeszkody cewnik usunięto, przyczem przy wyciąganiu tegoż do pęcherza wydzieliła się biaława masa, którą zrazu przyjęto za ropę, a która, jak się później okazało, była piaskiem nerkowym.

Ponieważ nasuwała się możliwość zabiegu chirurgicznego wobec przedłużającego się zatkania moczowodu, chorego poddano dla ścisłości rozpoznania badaniu promieniami Roentgena.

Badania dokonał kol Judt, który zarówno w nerce jak i moczowodzie złogów nie wykrył.

W ciągu kilku dni następnych próbowano w dalszym ciągu za pomocą cewnikowania moczowodu przywrócić drożność tegoż. Po czwartej z rzędu takiej próbie chory w nocy dostał bólów na przebiegu moczowodu i kiedy nazajutrz oświetlono pęcherz, znaleziono na dnie tegoż koło 10 drobnych kamyków. Wprowadzono znowu cewnik do lewego moczowodu i tym razem przy każdem poruszaniu cewnikiem przeszkody i wyciąganiu go z wylotu moczowodu sypały się zrazu drobne, potem większe kamienie. Tym razem całkowitej drożności jeszcze nie osiągnięto. Udało się to dopiero za następną próbą. Chory sam przez cewkę wydzielił kamienie z pęcherza, z których 6 było wielkości grochu, kilkadziesiąt mniejszych i sporo żwiru.

Z chwilą przywrócenia drożności moczowodu stan pacyenta odrazu poprawił się, ciepłota prawidłowa, moczu po 10—12 szklanek na dobę, wrąz z tem wyżej wspomniane zmiany opukowe i inne na klatce piersiowej, zależne od ucisku płuc, znikły. Chory opuścił lecznicę w jak najlepszym stanie. W ciągu następujących dwóch tygodni choremu odeszło jeszcze kilka większych kamieni.

Przytoczony przypadek zasługuje na uwagę z dwóch względów: po pierwsze, że w przypadkach uwięzienia kamieni w moczowodzie przed

podjęciem zabiegu chirurgicznego należy wypróbować dla przywrócenia drożności moczowodu cewnikowanie tegoż i dopiero, o ileby tą drogą nie udało się osiągnąć pożądanego skutku, przystępować do operacyi, z którą zbytnio kwapić się nie należy, jak pokazuje powyższy przypadek.

W roku ubiegłym, podczas dyskusyi nad odczytem kol. Leśniowskiego o kamieniach w moczowodach, Fryszmam przytoczył dwa przypadki anuriae calculosae, w których drogą cewnikowania moczowodów udało mu się przywrócić drożność tychże.

Niniejszy przypadek jest zatem z rzędu 3-ci. W końcu F. zaznacza, że nie zawsze Roentgen wykazuje kamienie tam, gdzie one są, że zatem bezwzględnie na danych takich opierać się nie wolno.

(Streścił mówca).

3. *Kiełkiewicz* omawia przypadek przerostu gruczołu krokowego, operowany sposobem Freyera.

Przypadek dotyczy 62 letniego osobnika I. O., który od trzech lat miał zaburzenia pęcherzowe, polegające na częstem urynowaniu w dzień i w nocy, parciu, niekiedy bólach po oddaniu ostatnich kropel moczu. W ciągu ostatniego roku kilka razy krew w moczu. Mocz mętny. Ostatnimi czasy stan chorego wybitnie się pogorszył, mocz mętny, cuchnący, urynowanie bardzo częste (15 – 20 min.). Stwierdzono, że oba zrazy sterczu powiększone, dość twarde, wielkości orzecha włoskiego każdy. Zwężeń w cewce niema; przez część błoniastą przechodzi się swobodnie, dopiero przy wejściu do pęcherza natrafia się na przeszkodę, którą jednak po pewnym wysiłku daje się pokonać. Residuum około 50 sz. ctm. Wyczuwa się kamień (tylko przy pierwszem badaniu). Pojemność pęcherza około 250 sz. ctm. Nerki nie wyczuwalne. Mocz alkaliczny, zawiera dużo ropy. ślady białka; wałków nie wykryto. Ilość dobowa od 1500 — 1700 sz. ctm. Płuca i serce prawidłowe. Sprawność nerek wystarczająca (metylenblau).

Dnią 4 listopada 1909 r. przystąpiono do operacyi. Cięcie nadłonowe. Cięcie pęcherza długości około 6 ctm. Wydobyto 2 kamienie, leżące pomiędzy zrazem środkowym i boczną ścianą pęcherza. Po należytem ustawieniu rozszerzadeł pierwszą rzeczą, która się rzuciła w oczy, był guzik wielkości sporego orzecha włoskiego, siedzący na szerokiej podstawie. Guz ten w zupełności zasłaniał otwór cewki, leżał na jej przednim obwodzie. Boczne zrazy prawie że zupełnie nie wypuklały się do pęcherza.

Guz usunięto w ten sposób, że, zrobiwszy u podstawy nacięcie w postaci podkowy, na tępo w całości wyłuszczono. Krwawienie dość obfite z łatwością opanowano. Sączek Freyera. Szew dwupiętrowy strunowy na pęcherz. Szwy skórne szczelnie nałożone koło sączka. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Opatrunek zupełnie suchy, mocz całkowicie wypływa przez sączek. Przez kilka dni mocz krwawy. Codzienne przemywanie hydrargyrum oxycyanatum (1 : 3000) przez sączek Freyera przy pomocy cewnika Nelatona. Na 6-ty dzień usunięto sączek, zastąpiono go drenem mniejszego kalibru. Na 14-ty dzień usunięto sączek zupełnie, natomiast włożono cewnik na stałe. Po 4 tygodniach zupełne zagojenie. Czynność pęcherza dobra.

K. przypomina budowę okolicy gruczołu krokowego. Na przestrzeni od części błoniastej cewki aż do szyi pęcherza należy odróżniać dwie grupy gruczołów: jedną ośrodkową, drugą obwodową Grupa pierwsza zawiera gruczoły, umieszczone bezpośrednio pod śluzówką cewki albo w niewielkiej od niej odległości. Grupę obwodową stanowi w ścisłem znaczeniu tego słowa stercz. Jedna grupa od drugiej oddzielona mniej lub więcej wyraźnie pasmem gładkich mięśni (sphincter intraprostaticus), stanowiących jakby dalszy ciąg sphincter membranaceus.

Liczba gruczołów centralnych nie zawsze jest jednakowa, czasami są one bardzo rzadkie. Istnienie tych dwóch grup gruczołowych łatwiej sobie wytłomaczymy, jeżeli zwrócimy się do anatomii porównawczej Wiadomo, że u wielu gatunków prostata umieszczona jest zdała od cewki tak np., jak u człowieka gruczoły Coopera. Inaczej mówiąc, z punktu widzenia anatomicznego, gruczoły centralne stanowią grupę, niemającą związku z prostatą właściwą.

Między gruczołami centralnymi należy odróżniać jeszcze inne ugrupowania, które odgrywają niepomiernie ważną rolę odnośnie do tworzenia się zraza środkowego, a mianowicie w śluzówce szyi pęcherza istnieje grupa gruczołów, opisanych przez Albarrana pod nazwą glandes sous-cervicales i druga grupa glandes prespermatiques, położonych pomiędzy mięśniem szyi pęcherza i ducti ejucalatorii, z tych to gruczołów łącznie z tkankami ich otaczającemi wyrasta zraz średni. Boczne zrazy rozwijają się z gruczołów parauretralnych, których liczba, jakoteż lokalizacya bywają rozmaite. Guzy nowotworowe, wyrastające z tych oto gruczołów i tkanek je otaczających mięsnej i łącznej (adeno-myoma, adeno-fibro-myoma), najczęściej całkowicie otaczają cewkę, zniekształcając ją, czasami jednak wyrastają na tylnym obwodzie, w kierunku odbytnicy, zostawiając cewkę względnie wolną. Tak było w przypadku K. Po usunięciu zrazu środkowego okazało się, że do cewki można było swobodnie wprowadzić palec i ściany tej ostatniej były zupełnie miękie.

Wychodząc z założenia, że główną przyczyną zaburzeń pęcherzowych był zraz środkowy i kamienie, ograniczył K. zabieg do usunięcia tylko tych ostatnich.

Grosglik oświadcza, że nie zrobi Kiełkiewiczowi przewidywanego zarzutu, że nie usunął całego gruczołu krokowego, zarzucić mu jednak musi, że nie wykonał zabiegu Freyera, który właśnie polega na całkowitem usunięciu przerosłego gruczołu. Wyłuszczenie częściowe sterczu wykonywane było już wcześniej przez Mac-Gila.

Sławiński zwraca uwagę, że byłoby wogóle słuszniej nie używać określenia „metoda Freyera". Coraz częściej spotkać można w piśmiennictwie zastrzeżenie, że taki sposób operowania przypisują sobie inni autorowie (Fuller, Robson) i nie zgadzają się na przyznanie Freyerowi prawa pierwszeństwa. Wobec tego dla obejścia tych szkopułów, najodpowiedniej będzie nązywać tę metodę operacyjną prostatectomia (właściwie zaś enucleatio prostatae) suprapubica transvesicalis.

Co się tyczy danego przypadku, nie można utożsamiać użytego przez K. sposobu operacyjnego z „metodą" Freyera z kilku względów: za zasadni-

cze dążenie swego sposobu Freyer podaje usunięcie zupełne, doszczętne całego gruczołu krokowego bez posiłkowania się przytem żadnem narzędziem ostrem do nacięcia śluzówki pęcherza, tymczasem K. podaje, że posługiwał się nożem w tym celu, nadto zaś, co ważniejsze, że usunął tylko zraz środkowy przerośniętego gruczołu, Freyer zaś za trzeci i podstawowy punkt wysuwa pogląd, że gruczoł krokowy i normalny i przerośnięty nie posiada żadnego zraza środkowego.

Grosglik: aczkolwiek prawidłowy gruczoł krokowy zraza środkowego nie posiada, jednak w warunkach chorobowych widuje się często pomiędzy dwoma powiększonymi zrazami bocznymi guz trzeci, tworzący zraz środkowy. Co się tyczy wykonania samego zabiegu, noszącego słusznie, czy niesłusznie nazwę Freyera, ściśle rzecz biorąc, nigdy się całego gruczołu nie usuwa, wyłuszcza się właściwie guzy z miąższu gruczołu krokowego, który tworzy dla nich rodzaj otoczki; tem się jedynie da wytłómaczyć, dlaczego nasieniowody nie zawsze ulegają uszkodzeniu podczas zabiegu, co musiałoby mieć miejsce po całkowitem wyłuszczeniu sterczu.

Sławiński: Freyer zaleca usunięcie całego gruczołu i nigdzie nie radzi usuwać poszczególnych guzów z miąższu gruczołu. Utrudniłoby to znacznie zabieg, naraziło na niepotrzebne krwawienie, a z tego właśnie względu Freyer ostrzega przed używaniem ostrych narzędzi, by nie wejść zbyt głęboko w gruczoł, poza jego otoczkę.

Na przerośniętym gruczole krokowym mogą się uwydatniać nierówności, niekiedy nawet uszypułowane w rozmaitych miejscach. Znaną jest np. rzeczą, że niekiedy ulega przerostowi część gruczołu, położona przy przedniej ścianie cewki. Freyer zwraca właśnie uwagę, że wynik czynnościowy zależy nietylko od usunięcia zasadniczego guza, czyli masy gruczołu, lecz również od usunięcia dodatkowych, oddzielnych guzków i w tym celu należy starannie wymacać całą ścianę pęcherza po usunięciu właściwego gruczołu. Co się tyczy zarzutu G., że w razie całkowitego usunięcia gruczołu uległyby zniszczeniu nasieniowody—jest on przewidziany i odparty przez Freyera, który twierdzi, że nasieniowody przechodzą pomiędzy dwoma zrazami gruczołu od dołu, i dla tego nie ulegają uszkodzeniu podczas wyłuszczania gruczołu z łożyska.

Wreszcie S. zaleca ostrożność w rokowaniu ze względu mało dotychczas znanego: w jednym przypadku (S. operował tylko 3) z doskonałym wynikiem czynnościowym u 72-letniego chorego, rozwinęła się w rok z górą po zabiegu zaduma (melancholia). W literaturze istnieje już kilka spostrzeżeń tego rodzaju; poruszają one zagadnienie o związku gruczołu krokowego z ośrodkami nerwowymi, dotychczas zupełnie ciemne.

4. *S. Grosglik* przedstawił gruczoł krokowy, który usunął sposobem Freyera i opowiedział następującą historyę choroby. W kwietniu r. 1909 zgłosił się do mówcy lekarz H. D., lat 67 liczący, z powodu bardzo częstego i bolesnego parcia na mocz, który odchodził z trudnością i w ilościach nader małych. Zaburzenia w oddawaniu moczu istniały już od dłuższego czasu, zaostrzyły się jednak przed półrokiem po przejściach natury moralnej, dosięgły zaś obecnego natężenia po niezwykle ciężkiem zapaleniu gar-

dła (angina herpetica), któremu towarzyszyła wysoka gorączka i bardzo znaczne osłabienie.

Chory nizkiego wzrostu, średnio odżywiany. Ciepłota 37^0 do $37,4^0$ C., tętno twarde 72, język wilgotny, chociaż chory doznaje ciągle uczucia zasychania w ustach i pragnienia, którego jednak zadowolić nie może, w obawie wzmożenia się parcia pęcherzowego. Łaknienie słabe. Uderzający jest stan przygnębienia chorego, który zazwyczaj odznaczał się usposobieniem żywem i pogodnem. Od czasu do czasu występują typowe objawy anginae pectoris.

Badanie wykazało, że pęcherz sięga do połowy drogi pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem. Gruczoł krokowy wyraźnie powiększony i bardzo bolesny; pozatem żadnych innych zmian w narządach moczowych na razie nie stwierdzono.

Cewnikiem Nélatona № 16 G. wypuścił około 400 gram. moczu przezroczystego o ciężarze wł. 1028 ze śladami białka i dość licznymi wałeczkami szklistymi i ziarnistymi w osadzie. Początkowo zabieg ten stosowany był codziennie, przyczem chory doznawał znakomitej ulgi, która wyrażała się w tem, że po wypuszczeniu moczu następował 8-io lub nawet 10-cio godzinny okres zupełnego spokoju. Wktótce jednak mocz zaczął mętnieć, wystąpiło zapalenie pęcherza, które wymagało już dwukrotnego w ciągu doby opróżniania pęcherza i starannego płukania. Od tego czasu stan chorego ulegał ciągłym zmianom już to na gorsze, już to na lepsze bez żadnego widocznego powodu: bywały dni, kiedy mocz był względnie czysty i chory czuł się lepiej, bywały i takie, kiedy mocz zawierał bardzo duże ilości ropy i chory doznawał silnego bólu, opróżniając pęcherz za pomocą cewnika. Niemałą tu rolę odgrywała, jak się zdaje, ilość dobowa moczu: przy mniejszej ilości dobowej urynowanie dobrowolne znikało zupełnie, całkowita ilość moczu oddawana była za pośrednictwem cewnika i wtedy mocz zawierał największe ilości ropy. O ile ilość dobowa przekraczała 900—1000 cm. sześc., chory obok dwukrotnego wypuszczania moczu cewnikiem oddawał większą lub mniejszą ilość dobrowolnie, i wówczas mocz był bardziej przezroczysty i dolegliwości mniejsze. Równomiernie z pogorszeniem się stanu miejscowego i stan ogólny chorego znacznie ucierpiał, mianowicie przygnębienie wzrosło do rozmiarów zatrważających, znikło wszelkie łaknienie, nastąpił upadek sił i niebywała apatya. Szczególnie niepokojącym objawem było zmniejszenie się ilości dobowej moczu do 500—600 cm. sześc., co widocznie było wynikiem niezwykle obfitych potów, które trapiły chorego zarówno we dnie, jak i w nocy zwłaszcza po przyjęciu jakiegokolwiek napoju, tudzież częste parcie na stolec przy bardzo utrudnionym i bolesnym oddawaniu kału. Wobec takiego stanu chorego G. zdecydował się na założenie cewnika na stałe, co znacznie złagodziło cierpienia chorego i znakomicie wpłynęło na jakość moczu, nie było jednak w stanie pobudzić czynności pęcherza. Owszem, gdy po upływie 10 dni cewnik został usunięty, okazało się, że czynność pęcherza całkowicie wygasła.

Ponieważ w ciągu długotrwałego leczenia zastosowane były wszelkie środki paliatywne, zalecane w celu podniesienia sprawności pęcherza, i pomimo to nie udało się osiągnąć wyniku pożądanego, ponieważ trudno już

było liczyć na to, aby pęcherz tą drogą mógł kiedykolwiek odzyskać utraconą sprawność, stan zaś chorego pogarszał się z dniem każdym, nie pozostawało nic innego, jak doszczętne usunięcie gruczołu krokowego drogą operacyi.

Operacyę wykonał G. dnia 17 lipca 1909 roku przy pomocy kolegów: B. Sawickiego, Wertheima i Żurakowskiego. Po dokładnem wymyciu pęcherza wodą wyjałowioną, wprowadzono doń 300 ctm. sz. powietrza i zatkany cewnik pozostawiono w pęcherzu na cały czas operacyi. Po uśpieniu chorego, ułożono go w lekkiej pozycyi Trendelenburga. Po otworzeniu pęcherza okazało się, że gruczoł krokowy składa się z 2-ch zrazów bocznych średniej wielkości i małego wielkości wiśni zrazu średniego, który całkowicie zamyka otwór wewnętrzny cewki. Pod kontrolą oka nacięto półkolisto błonę śluzową na sterczącym do pęcherza guzie w odległości około 1 cm. od dolnego i bocznych obwodów otworu wewnętrznego cewki. Głębokość cięcia wynosiła około 1 cm. Następnie G. wprowadził palec wskazujący lewej ręki do odbytnicy, wskazicielem zaś prawej ręki dostał się pod błonę śluzową pęcherza i szybkimi ruchami oddzielił gruczoł krokowy od tkanek otaczających najprzód z lewej strony, później z prawej. Lewy zraz wyszedł razem ze środkowym, prawy oddzielnie. Krwawienie z łożyska gruczołu było nieznaczne i zostało szybko zatrzymane za pomocą ucisku. Oględziny pola operacyjnego wykazały, że część kroczowa cewki moczowej pozostała nienaruszoną. Ponieważ z dolnego obwodu otworu wewnętrznego cewki zwisał płat błony śluzowej, który pozostał po wyłuszczeniu średniego zrazu i mógł być w przyszłości powodem zaburzeń w oddawaniu moczu, G. uchwycił go szczypczykami i obciął tuż przy otworze. Rana pęcherza została następnie zaszyta szwem strunowym dwupiętrowym w górnej połowie, w pozostały zaś u dołu otwór wstawiono gruby sączek Freyera, nad którym nałożono szew na powłoki brzuszne. Sączek został połączony z grubą rurą kauczukową do odprowadzania moczu, poczem rana została opatrzona szczelnie.

Usunięty gruczoł krokowy ważył 33 gramy; składa się z 2-ch zrazów bocznych, każdy wielkości orzecha włoskiego i zraza średniego wielkości wiśni.

Wkrótce po operacyi chory zaczął oddawać małe ilości krwawego moczu, których wydzielaniu towarzyszył bardzo żywy ból w końcu prącia, przeważna jednak część moczu również kwawego odchodziła przez sączek do podstawionego naczynia. Ciepłota, która w okresie, poprzedzającym operacyę, wynosiła stale 37,3^0, podniosła się pod wieczór do 37,3^0 przy dobrym tętnie (80) i wilgotnym języku. Następnego dnia ciepłota spadła do 37^0 i przez cały tydzień następny nie przekraczała 36,8^0. Pomimo jednak, iż zarówno tętno, jak i język nie pozostawiały nic do życzenia, gojenie zaś rany szło prawidłowo, stan chorego budził wielkie obawy z powodu ciężkich wymiotów i bezustannej niemal czkawki, która trwała całe 12 dni i czyniła prawie niemożliwem dla chorego przyjmowanie pokarmów nawet płynnych. Stąd i wydajność nerek, upośledzona jeszcze w okresie przedoperacyjnym, znacznie zmalała, tak iż ilość dobowa moczu spadła do 400 cm. sześc.

Ta oliguria trzymała się jeszcze w ciągu następnych 2-ch tygodni, gdyż nawet po ustąpieniu groźnych objawów ze strony narządów trawienia chory czuł taki nieprzezwyciężony wstręt do wszelkiego jadła, że zaledwie pod naciskiem przyjmował minimalne ilości pokarmów płynnych. Dla dopełnienia obrazu cierpień chorego dodać należy niezmiernie ciężkie i bolesne oddawanie kału, które trapiło go jeszcze na długi czas przed operacyą i spotęgowało się znacznie w okresie pooperacyjnym. Objawom tym towarzyszyło silne przygnębienie duchowe, tak że i stan psychiczny chorego budził poważne obawy.

Pomyślny zwrot zarówno w stanie ogólnym jak i psychicznym chorego zaczął się ujawniać dopiero wówczas, gdy gojenie rany postąpiło o tyle, że chory zaczął dobrowolnie mocz oddawać.

Jak to już wyżej było nadmienione, gojenie rany szło prawidłowo, opatrunek zmieniany był dwa razy dziennie, podczas tej zmiany bardzo starannie płukano pęcherz, naprzód przez sączek Freyera, wprowadzony do pęcherza pod koniec operacyi, później, gdy 5-go dnia sączek ten został usunięty, przez sączek podwójny Guyon-Perriera. Przez cały pierwszy tydzień ciepłota nie przekraczała 36,8^0 wieczorem.

Gdy 7-go dnia po operacyi sączek podwójny został usunięty, rana pokryta była bardzo bujną ziarniną. Wtedy poraz pierwszy G. przepłukał pęcherz przez otwór zewnętrzny cewki moczowej, na co chory zareagował żywym bólem. Następnego dnia rano temperatura podniosła się do 37,6^0. Nie zrażony tem, mówca przepłukał pęcherz tą samą drogą po raz drugi. W pół godziny potem wystąpił dreszcz wstrząsający, temperatura podniosła się do 38,2^0, wieczorem zaś tego samego dnia do 38,8^0, aby nazajutrz spaść do 37,3^0 rano i 36,2^0 wieczorem. Od tej chwili ciepłota przez cały czas gojenia rany trzymała się stale niżej 37^0. Widocznie to krótkotrwałe podniesienie się ciepłoty spowodowane było urazem podczas płukania pęcherza przez cewkę moczową. Gorączka ta pociągnęła za sobą dość znaczny rozpad ziarniny i opóźniła nieco zamknięcie się rany pęcherzowej. 10-go dnia po operacyi wprowadzony został do pęcherza cewnik jedwabny na stałe, który zmieniano co kilka dni i przez który całkowita ilość moczu spływała do podstawionego naczynia. Cewnik został usunięty 30-go dnia po operacyi, po zupełnem zamknięciu się rany pęcherzowej, i od tej chwili chory zaczął oddawać mocz dobrowolnie. Całkowite zagojenie rany ściany brzusznej nastąpiło w 7-ym tygodniu po operacyi. Początkowo chory oddawał mocz co 2 godziny, później w odstępach dłuższych — nawet cztero i pięciogodzinnych. Ilość dobowa moczu wróciła do normy, pęcherz opróżnia się całkowicie strumieniem dużym i silnym bez żadnej przerwy, wszelkie dolegliwości ustąpiły, zjawiło się łaknienie prawidłowe, a wraz z tem znikły wszelkie ślady przygnębienia psychicznego.

(Streścił mówca).

Leśniowski podnosi okoliczność, że jakkolwiek Freyer nie uznaje istnienia środkowego zraza gruczołu krokowego, to jednak w rzeczywistości, oglądając wnętrze pęcherza moczowego za pomocą wziernika pęcherzowego, bynajmniej nie rzadko widuje się obok dwóch bocznych guzów

gruczołu krokowego, leżący pomiędzy nimi rozmaitej wielkości guz trzeci. Co się tyczy nazwy zabiegu, to wobec tego, że bywają robione rozmaite odstępstwa od sposobu, podanego przez Freyera, słuszniej jest nazywać zabieg nie operacyą Freyera, lecz nadłonowem wewnątrzpęcherzowem wycięciem guzów gruczołu krokowego.

Co do szczegółów wycinania guzów sterczu od strony pęcherza moczowego, to L. zwraca uwagę na potrzebę głębokiego nacinania ściany pęcherza moczowego na guzie, na co zwraca uwagę w swoim podręczniku Albarran, wbrew temu, co podaje Freyer. Leśniowski w przypadku, który operował, naciął najpierw śluzówkę pęcherza nieznacznie, i wtedy, wyłuszczając guz sterczu, ciagle czuł, że pomiędzy odłuszczającym palcem i guzem znajduje się jakaś błona; dopiero po nacięciu tej błony — warstwy mięśniowej pęcherza moczowego — natrafił na sam guz i wyłuszczył go wtedy z dużą łatwością.

Przechodząc następnie do omówienia sprawy leczenia guzów sterczu z ogólniejszego punktu widzenia, zastanawia się Leśniowski najpierw nad tem, jak często spostrzega się owe guzy oraz objawy t. z. prostatyzmu. Podług obliczeń Cholzowa, z pośród każdych 5 mężczyzn w wieku od 50 do 70 roku życia 2 ma guzy gruczołu krokowego, a 1 z nich ma zaburzenia ze strony dróg moczowych. Zdawałoby się zatem, że operacya wycięcia gruczołu krokowego tą czy inną metodą powinna być wykonywana b. często. Tymczasem, o ile statystyki innych operacyi, np. na drogach żółciowych, na nerkach i t. d. dosięgają u pojedyńczych operatorów tysięcy przypadków, to znowu u najbardziej zawziętych zwolenników wycinania sterczu statystyka obejmuje zaledwie paręset przypadków, u innych — zaledwie kilkadziesiąt, jak np. liczba tego rodzaju operacyi dosięga dotychczas u Israela zaledwie 40. Skąd to pochodzi? Przedewszystkiem z braku zaufania do zabiegu. Dotychczas śmiertelność bezpośrednio po zabiegu jest jeszcze znaczna. Brongersma z Amsterdamu pisze, że z pośród 34 operowanych — zmarło 6, co daje 18% śmiertelności; Cohn podaje, że z pośród 40 chorych, operowanych przez Israela, zmarło 6, co daje 15% śmiertelności, z pomiędzy nich 2, wbrew zapewnieniom Grosglika, z krwotoku. U innych operatorów śmiertelność wynosi 12 — 10%. Śmiertelność ta winna jednak być mniejsza. Na zmniejszenie się jej wpłynie niewątpliwie ulepszenie techniki operacyjnej, którą dziś nie możemy uważać za doskonałą, opanowanie techniki przez pojedyńczych operatorów, wreszcie — pewna zmiana co do wskazań do zabiegu.

Dziś leczenie prostatyzmu zaczyna się zazwyczaj od stałego lub przemijającego cewnikowania pęcherza moczowego. Tego rodzaju leczenie, jakkolwiek bynajmniej nie doskonałe, może być jednak stosowane w pewnych warunkach — u osobników o tyle zamożnych, że mogą sobie pozwolić na stałą opiekę wykwalifikowaną lekarską lub felczerską. U osobników mniej zamożnych, szczególniej zaś ze sfery zarobkującej fizycznie, którzy stanowią zazwyczaj uciążliwy balast dla oddziałów szpitalnych, kończy się na tem, że daje się im do rąk cewnik, polecając im „jaknajczyściej“ wykonywać cewnikowanie. Tu w prędkim czasie dochodzi do zanieczyszczenia i zrujnowania pęcherza moczowego, moczowodów, miedniczek, nerek. Jeżeli

dodamy do tego przewlekłe otrucie gnilne ustroju, do którego dzięki temu samocewnikowaniu dochodzą chorzy, późny wiek -- nic dziwnego, że wyniki wycinania gruczołu krokowego dają tak dużą śmiertelność bezpośrednią. Wypadnie tedy przyznać dużą dawkę słuszności prof. Rydygierowi, największemu zwolennikowi wycinania gruczołu krokowego z pośród chirurgów polskich, który zachęca do wykonania tego zabiegu nie wtedy, gdy chory już nie może oddać ani kropli moczu i niepodobna już wprowadzić cewnika do pęcherza moczowego, lecz możliwie wcześnie, dopóki stan ogólny chorych jest dobry, dopóki pęcherz moczowy nie jest zakażony i zwyrodniały, dopóki wyższe odcinki organów moczowych są czynne prawidłowo.

Również mogły by nas zachęcić do wykonywania wycinania guzów sterczu—pomyślne i stałe wyniki pooperacyjne. Rozglądając się w piśmiennictwie, Leśniowski nie znalazł bliższych szczegółów o wynikach ostatecznych. Nie mówiąc o tem, że u pewnych chorych pozostaje po zabiegu — nietrzymanie moczu, jak naprz. u 2 z pośród 40 operowanych przez Israela, czytamy zazwyczaj, że natychmiast po zabiegu chorzy oddawali mocz mniej lub bardziej swobodnie, dobrze; lecz nie napotykamy wzmianek, jak mieli się chorzy po upływie dłuższego czasu.

Kiełkiewicz: statystyka śródpęcherzowego wyłuszczania sterczu nie jest znów tak dalece ubogą, jak sądzi Leśniowski: sam Freyer ogłosił do maja 1908 r. 500 przypadków odnośnych, przyczem ostatnie 150 dały zaledwie 1% śmiertelności.

Grosglik w kwestyi wskazań do usuwania gruczołu krokowego zaznacza, że on osobiście kwalifikuje do operacyi: 1) chorych z zupełnem zatrzymaniem moczu, u których zachodzi potrzeba stałego cewnikowania pęcherza; 2) przypadki z zaleganiem dużej ilości (powyżej 150 ctm. moczu); 3) przypadki z obfitymi krwotokami.

W sprawie wczesnego operowania chorych z przerostem sterczu G. zwraca uwagę na wzgląd doniosłego znaczenia, z którym chirurg liczyć się powinien — mianowicie możliwość upośledzenia lub zupełnego zaniku czynności płciowych po usunięciu sterczu. Wzgląd ten zawsze wpływać będzie ujemnie na gotowość wielu chorych do poddania się operacyi. Wreszcie G. wyjaśnia, dlaczego metoda śródpęcherzowego wyłuszczania gruczołu krokowego posiada dotychczas względnie nieliczną statystykę. Składają się na to, zdaniem G., dwa czynniki: 1) nie wszyscy chirurdzy operują sposobem śródpęcherzowym, część ich usuwa przerosły gruczoł drogą kroczową; 2) sama metoda jest względnie nową i do roku 1904 nie była prawie zupełnie znaną

Fryszman do wskazań wyliczonych przez G. dodaje jeszcze następujące: 1) stanowisko społeczne chorego, nie dozwalające na korzystanie z umiejętnej opieki lekarskiej; 2) przypadki, gdzie wprowadzenia cewnika połączone są z dużemi trudnościami lub stałem krwawieniem.

Oderfeld wspomina o okoliczności, o której pamiętać by należało w rozpatrywaniu wskazań do usuwania gruczołu krokowego; mianowicie, że poważną odsetkę (według Motza np. 20%) usuwanych t. zw. przerosłych gruczołów krokowych stanowią raki.

Kryński, oceniając krytycznie najczęściej stosowane sposoby usuwania sterczu — śródpęcherzowy i kroczowy, oświadcza, iż sam osobiście jest zwolennikiem metody kroczowej, jako bardziej chirurgicznej. Metoda ta, sądząc z danych, przytoczonych na zjeździe Brukselskim, daje mniejszą (7%) śmiertelność, niż metoda śródpęcherzowa (12%).

Wreszcie K. wspomina o jednem z przeciwwskazań do wyłuszczania gruczołu, na które zwraca uwagę Albarran, mianowicie: nie należy usuwać gruczołu w przypadkach, gdzie kurczliwość pęcherza znikła zupełnie.

5. *Kiełkiewicz.* Pokaz nerki, usuniętej z powodu przetoki nerkowej.

Przypadek dotyczy chorej A. N. lat 32, której przed 13-mies. zrobiono operacyę z powodu ropniaka nerki. Do obecnej chwili ma przetokę w okolicy lędźwiowej lewej, przez którą wydobywa się przeciętnie 700 cetm. moczu z ropą. Przez cały ten czas kilka razy przetoka zamykała się i chora wtedy miała napady bólów.

Chora otyła. Ogólny stan dobry. Serce i płuca prawidłowe. W brzuchu w lewem podżebrzu wyczuwa sie guz o równej powierzchni, dość twardy, wielkości głowy noworodka. Od naciskania przez przetokę wytryska mocz. Zgłębnik, wprowadzony przez przetokę, wpada w dość obszerną jamę.

29 października. Cystoskopia. Trójkąt w stanie zapalnym. Otwór prawy prawidłowy, lewy otoczony obrzękniętą nieco śluzówką. Sonda № 7, wprowadzona do lewego moczowodu, zatrzymuje się na wysokości 7 ctm. Mocz nie wypływa. Dwa następne badania dały te same wyniki.

10 listopada. Wstrzyknięcie indigo-karminu przez przetokę do nerki. Cystoskopia — płyn w pęcherzu zupełnie przezroczysty. Wszystkie te badania utwierdziły K. w przekonaniu, że ma do czynienia z niedrożnością lewego moczowodu, wzgl. zupełnem zarośnięciem moczowodu, położonem bardzo nizko, bo na wysokości 8 ctm. Po naradzie z dr. Ciechomskim postanowił K. nerkę lewą usunąć, uprzednio zbadawszy stan prawej nerki. Prawego moczowodu nie sondował. Mocz wydobyty wprost z pęcherza (prawa nerka) barwy pomarańczowo-żółtej, nieco mętny, słabo-kwaśny, o ciężarze gatunkowym 1015, zawiera ślady minimalne białka, nabłonki płaskie, ciałka ropne nieliczne, mocznika 13,5, chlorków 4,8, fosforanów 1,32 na litr. Polyuria doświadczalna wypadła również dodatnio; wahania krzywej, wskazującej na wydzielanie wody, były bardzo żywe. Lewa nerka (mocz wydobyty przez przetokę) zawiera ½‰ białka, liczne ciałka ropne, nieliczne czerwone, nieco kryształów moczanów, wałki, chlorków 4,0, mocznika 8,0 na litr.

19 listopada. Nephrectomia. Bliznę po pierwszej operacyi wycięto; otwór przetoki rozszerzono, jamę z płynu opróżniono i założono do niej pas gazy. Guz wyseparowano na tępo. Najpierw dotarto do naczyń, które były dobrze naciągnięte na guzie. Po podwiązaniu naczyń guz wyważono. Następnie dotarto do miedniczki, którą in situ nacięto, by przekonać się o drożności moczowodu; najcieńszy zgłębnik nie wchodził do moczowodu. Moczowód podwiązano jak można było najniżej. Ranę z przodu wytamponowano, tylną połowę zeszyto. — Pierwsze dnie po operacyi stan gorączkowy (T^0 38.8). Po rozpuszczeniu szwów T^0 opadła do normy. W pierw-

szą dobę chora wydzieliła około 600 cetm. moczu, następnego dnia 640 cetm., trzeciego około 2000 cetm. po obfitem piciu, 4-go 1260, 5-go 1200, obecnie wydziela od 1400—1800 cetm. Przetoki po wodniaku i ropniaku nerki nie stanowią rzadkości. Podług statystyki Tuffier w przypadkach niezakażonych po nacięciu nerki przetoki zostają w 3,33%, natomiast w przypadkach zakażonych powikłanych kamicą odsetek podnosi się do 34,2, i nie powikłanych kamicą do 17.

Nagromadzenie ropy w jamie miedniczkowo-nerkowej stwarza na pozór takie same warunki, jak ropień w jakiejkolwiek innej okolicy ustroju. Otwierając to zbiorowisko ropy, chirurg wypełnia tylko ogólne przepisy chirurgii. Bezpośrednio wynik po operacyi zazwyczaj bywa doskonały. Cierpienia ustają, chory przestaje gorączkować, szybko poprawia się, przetoka jednak trwa tygodnie, miesiące, niekiedy i lata. Czasami przetoka zamyka się, lecz po to tylko, by chorego przyprawić o nowe cierpienia. Obawa przetoki skłoniła wielu chirurgów do wykonywania przy ropniaku nerki odrazu wycięcia tej ostatniej, operacyi bądź co bądź ciężkiej i pozbawiającej chorego narządu, który z łatwością może spełniać swoją czynność.— Zapytuje się K. więc, czy możliwem jest, zachowując nerkę, przeszkodzić tworzeniu się przetoki. W pewnej mierze tak, trzeba jednak zachować pewne ostrożności i nie ograniczać się tylko do nacięcia nerki. — Wiadomo, że przetoki moczowo-ropne tworzą się nie dlatego, że tkanka nerkowa zmieniona chorobowo nie ma tendencyi do zabliźniania się, ale dlatego, że ropa lub mocz nie odpływają z dostateczną łatwością przez moczowód.

Jako przyczyny wylicza K. kamień lub kawałki nerki, które mogą zatykać otwór moczowodowy, wadliwe ustawienie otworu moczowodowego, załamania moczowodu, najczęściej jednak przyczyną, powodującą niedostateczny odpływ moczu, są zwężenia, zależne od uretheritis, które chory przebywa jednocześnie z ropniakiem nerki.

W celach już rozpoznawczych należy cewnikować moczowód, a skoro nam się to udało, skoro zdołaliśmy przedostać się do jamy miedniczkowo-nerkowej, to cewnik należy bezwarunkowo zostawić, w czasie bowiem operacyi znakomicie on nam pomoże w odszukaniu otworu moczowodowego, jako też zrewidowaniu miedniczki. Kateter raz nałożony przed operacyą powinien pozostać conajmniej tydzień (w czasie operacyi można go zamienić na kateter większego kalibru). W r. 1901 Albarran opisał 8 przypadków ropniaka nerki, operowanych i pomyślnie zakończonych, traktowanych w ten sposób, że nerka była drenowana przy pomocy kateteru à demeure. Już na 3 dzień po operacyi wypływ moczu przez ranę znacznie się zmniejszył, a w końcu 3 tygodnia mocz całkowicie odpływał przez kateter. Chorzy cewnik, włożony do moczowodu na stałe, znoszą nadzwyczaj dobrze, nie doznając żadnych dolegliwości z tego powodu.

(Streścił mówca)

W dyskusyi zabierali głos: Czarkowski, Fryszman, Kryński, Leśniowski i Kiełkiewicz.

P. HINCZ.

Posiedzenie dnia 13 stycznia 1910.

1. *Czarkowski J.* Pokaz chorej po wycięciu poprzecznicy z powodu guza.
2. *Oderfeld i Halpern.* Przypadek wycięcia śledziony z zejściem pomyślnem.
3. *Hincz.* Przedstawienie chorego po zapaleniu kości strzałkowej.
4. *Zembrzuski L.* Przedstawienie chorego po rozległem wycięciu lewego stawu łokciowego.
5. *Drozdowicz.* Pokaz chorej z grzybicą drożdżową ręki i przedramienia.
6. *Czarkowski J.* Pokaz chorej po doszczętnem wierceniu wyrostka sutkowego i podwiązaniu żyły szyjowej.

1. *Józef Czarkowski* przedstawia 62 letnią kobietę po operacyi wycięcia poprzecznicy z powodu guza, i odnośny preparat.

Operacyę wykonano przed 5-ciu tygodniami, w uśpieniu chloroformowem, na chorej bardzo wyniszczonej.

Z wywiadów przekonano się, że chora zauważyła guz w brzuchu przed 7 laty, lecz nie skarżyła się na razie na żadne dolegliwości, oprócz lekkich przejściowych bólów. Dopiero od lat 2-ch, od chwili urazu w brzuch, zaczęły trapić chorą coraz częstsze bóle napadowe, zjawiające się co 2—3 tygodnie a w ostatnich miesiącach i częściej, połączone z rozwolnieniami. Krwi w stolcach nie zauważyła. W ostatnich czasach guz wzrastał szybko, nie mogła wcale pracować, wychudła, straciła apetyt i siły.

Badanie brzucha wykazuje ponad pępkiem guz, wielkości 2-ch pięści, twardy, guzowaty, poruszający się z łatwością w rozmaitych kierunkach. Rozpoznano guz kiszki. Usunięcie guza nie nasuwało trudności. Kiszkę zespolono koniec z końcem, szew nie był łatwy z powodu krótkości i małej ruchomości prawego odcinka. Dolną część szwu osłonięto siecią, górną zaś paskiem gazy jodoformowej. Na 10 dzień po operacyi wytworzyła się przetoka kałowa, która po kilku dniach zamknęła się samoistnie.

Guz wyrasta z tylnej ściany kiszki i drąży całkowicie do kiszki poprzecznej.

Zwężenie kiszki jest tak znaczne, że w części pośrodkowej guza przepuszcza zaledwie ołówek.

Błona śluzowa w miejscu tylnej ściany zupełnie przez nowotwór zniszczona na całej linii guza i tkanki guza właściwie stanowią o całośc kiszki.

Na przekroju guz robi wrażenie galarety.

Drobnowidzowe badanie, wykonane przez dr. Dmochowskiego, wykazuje raka galaretowatego.

Powyższy przypadek zasługuje na uwagę ze względów następujących:

Podeszły wiek chorej, a mimo to lekki przebieg ciężkiej operacyi. Powolne rozwijanie się złośliwego guza (7 lat).

Dość nieczęste usadowienie się guza w poprzecznicy, bo według obszernej statystyki Borita, obejmującej 465 przypadków raków kiszek, przypada na poprzecznicę 10 procent.

Następnie postać raka (carcinoma gelatinosum) należy do najrzadszych i usadawia się przeważnie li tylko w przewodzie pokarmowym.

(Streścił mówca).

Kryński: W roku ubiegłym pokazał preparat raka galaretowatego kątnicy. Ten rodzaj raka, aczkolwiek wogóle rzadszy, w kiszkach spotykany bywa częściej, niż gdzieindziej. Ulubionem siedliskiem jego są te miejsca, które, dzięki warunkom anatomicznym, w większym stopniu wystawione są na mechaniczne podrażnienie przez treść przewodu pokarmowego, a więc wpust i odźwiernik żołądka, kątnica, okrężnica esowata Umiejscowienie w poprzecznicy, jak w danym przypadku Czarkowskiego, istotnie jest dość rzadkie.

Oderfeld: Raki galaretowate są względnie łagodne. Oderfeldowi znane są dwa przypadki, operowane przez Mikulicza, — jeden przed 9 laty, — w których do chwili obecnej niema wznowy. Nie zgadza się z Kryńskim co do teoryi urazowej pochodzenia raków przewodu pokarmowego, jest raczej zwolennikiem teoryi, upatrującej przyczynę powstawania raka w zabłąkaniu się komórek zarodkowych.

Ciechomski: Przypomina swój—piąty z kolei z ogłoszonych w literaturze—przypadek raka poprzecznicy, usuniętego na drodze operacyjnej. Rozmiary guza były większe, niż w przypadku Czarkowskiego, jednakże niedrożności kiszki nie było. Nowotwór okazał się rakiem galaretowatym, po roku nastąpiła wznowa i chory zmarł. Raki poprzecznicy stanowią niewielki odsetek w stosunku do raka innych odcinków kiszki grubej.

2. *Oderfeld* i *Halpern.* Przypadek usunięcia śledziony z zejściem pomyślnem z powodu choroby Bantiego.

M. Halpern. Chora I. lat 21 licząca przybyła do szpitala w początku sierpn. roku ubiegł. ze skargą na duży brzuch. Choroba ta, t. j. powiększenie brzucha, rozpoczęło się 8 lat temu i stopniowo wzmagało się. Żadnych specyalnych dolegliwości nigdy nie miała. W wywiadach żadnych danych na gruźlicę lub kiłę niema. — Chora jest małego wzrostu, d. dobrze odżywiona, nieco blada, nie gorączkuje. Tętno miarowe, 80 uderzeń na minutę. Obrzęków niema. Gruczoły chłonne bardzo nieznacznie powiększone pod pachami i w pachwinach. Dolna granica prawego płuca z tyłu podniesiona o dwa poprzeczne palce w porównaniu do strony lewej; ruchomość płuca zachowana; oddech wszędzie prawidłowy. Ze strony serca żadnych objawów chorobowych niema. Brzuch duży, powiększony równomiernie, nieco zwisający. Wyczuwa się twardy ostry niebolesny brzeg powiększonej gładkiej wątroby na dwa palce poniżej łuku żebrowego w linii pachowej, na trzy palce poniżej prawidłowego położenia w linii środkowej, daje się wyczuć aż do lewego podżebrza, gdzie się wątroba chowa i daje ograniczone stłumienie w obrębie dolnych lewych żeber. Cała dolna połowa brzucha zajęta przez olbrzymi twardy guz o gładkiej powierzchni, półksiężycowej formy, niebolesny, górnym swym brzegiem prawie przylegający do dolnego brzegu wątroby. Guz ten można obeść ze wszystkich stron; górny brzeg jest ostry i ma mniej więcej po środku wklęśnięcie, dolny brzeg zaokrąglony. Guz przesuwa się w brzuchu dość łatwo, jak na obwodzie koła, daje się wpro-

wadzić do lewego lub prawego podżebrza tak, że górny brzeg jego staje się wewnętrznym, dolny zaś zewnętrznym. Badanie ginekologiczne związku guza z organami płciowymi nie wykazało; lewy jajnik nie wyczuwa się. W moczu nic nieprawidłowego nie znaleziono. Badanie krwi d. 8/VIII 09 wykazało; Hb = 80%, czerwonych krążków 4.000.000, białych ciałek 1.400, w tem leukocytów neutrofilowych 70%, limfocytów 24%, eozynofilów 6%. D. 24/IX09 badanie krwi wykazuje Hb= 80%, czerwonych krążków 4.100.000, białych 2.400, w tem neutrofilowych 64%, limfocytów 23.7%, eozynofilów 10%, postaci przejściowych 2,3%. Stan chorej do chwili operacyi nie wykazywał żadnych zmian.

Operacyi wycięcia śledziony dokonano 23/XI 09. Chora po operacyi przez pewien czas gorączkowała do 38°. W tym okresie badanie krwi w tydzień po operacji wykazało: Hb=80%, czerwonych krążków 4.000.000, białych 21.000, w tem neutrofilowych 70%, limfocytów 23%, eozynofilowych 4,5%, form przejściowych 2.6%. Wątroba się nie zmieniła, gruczoły chłonne nie powiększyły się. W końcu grudnia r. u. chora przestała gorączkować, wtedy obraz krwi przedstawiał się w sposób następujący: Hb = 80%, czerwonych krążków 4.200.000, białych 5.000, w tem neutrofilowych 54%, limfocytów 37%, eozynofilów 2,5% i form przejściowych 1.5%. Stan chorej subjektywnie bez zmian, objektywnie bardzo dobry. Podczas operacyi stwierdzono w jamie otrzewnej b. nieznaczną ilość płynu przesiękowego.

Guz w dolnej części brzucha ze względu na formę, obecność wycięcia w górnym brzegu, na brak związku z innymi organami jamy brzus ze względu na brak prawidłowej tępości śledziony i ze względu na powiększenie wątroby należało uważać za śledzionę, co też operacya w zupełności potwierdziła.

Przypadek przedstawiony należy do szeregu t. zw. białaczek rzekomych. Podawszy ogólną charakterystykę cierpień tego rodzaju i przyjmowaną dziś klasyfikację na limfocytomaty (guzy o charakterze przerostowym) i granulomaty (guzy o charakterze zapalnym), jako też charakterystyczne cechy poszczególnych odmian tych głównych grup białaczki rzekomej, H. zatrzymuje się na rozpoznaniu różniczkowem swego przypadku i dochodzi do wniosku, że mamy tu do czynienia z chorobą Bantiego. Jedyną formą nie dającą się bezwzględnie wykluczyć, jest cirrosis hepatis splenomegalica (zazwyczaj kiłowego pochodzenia), z praktycznych jednak względów a mianowicie ze względu na zabieg operacyjny, kwestyę tę należy uważać za podrzędną. Omówiwszy objawy, przebieg, anatomię patologiczną i teoryę choroby Bantiego, H. sądzi, że i dany przypadek należało zakwalifikować do operacyi, jakkolwiek dolegliwości chorej były nieznaczne i można było pozornie mówić tylko o względach mechanicznych i poniekąd estetycznych. Zabieg ma na celu powstrzymanie dalszego rozwoju choroby, nagromadzaniu się płynu w jamie brzusznej etc. Na razie chora zniosła zabieg dobrze, co się zaś tyczy istotnej korzyści wycięcia śledziony, to o tem można będzie mówić dopiero po dłuższym czasie, mianowicie po roku, dwóch, można się będzie przekonać, czy cel zamierzony istotnie osiągnięty został.

(Streścił mówca).

Oderfeld. Sama operacya nie przedstawiała większych trudności, raczej można powiedzieć, że należała do technicznie łatwych. Cięcie wykonano na prawym brzegu m. prostego lewego i z łatwością wydobyto guz na zewnątrz. Szypuła szeroka na 15 cm. z potężnie rozwiniętemi naczyniami, a zwłaszcza żyłami. Podwiązano podwójnie podwiązką jedwabną jedną część szypuły za drugą i po odcięciu powyżej podwiązki, wydobyto kolosalnie powiększoną śledzionę na zewnątrz; waga 2400 gr.

Przebieg pooperacyjny był aseptyczny, szwy zdjęto na 9 dzień, pomimo podniesienia ciepłoty, dochodzącej do 38.5 przez przeciąg blizko 3 tygodni. Pomimo tej gorączki chora czuła się zupełnie dobrze. O. zwraca uwagę że we wszystkich prawie statystykach wyłuszczenia śledziony zanotowano podniesienie ciepłoty w 30% mniej więcej. Pochodzenie tej gorączki nie zostało jeszcze wyjaśnionem.

Badania drobowidzowe skrawka wyciętej śledziony, dokonane przez kol. Klejna, wykazało silny rozrost tkanki łącznej, (splenitis fibrosa).

W danym przypadku, aczkolwiek chora czuje się zupełnie dobrze, zdaniem O. można mówić tylko o względnem wyleczeniu. Dopiero dłuższe spostrzeganie chorej, a mianowicie obecny stan chorej, trwający przynajmniej rok czasu, pozwoliłby mówić o zupełnem wyleczeniu. Chora przyrzeka się pokazać po tym czasie.

(Streścił mówca).

Sławiński: W roku 1896 Kosiński usunął analogiczny guz śledziony, ważący 11 funtów. Dalsze losy chorego, który zabieg zniósł dobrze, nie są znane. Kosiński usunął jeszcze drugą śledzionę ogromnych rozmiarów, ale Sł. nie przypomina sobie dokładnie przebiegu choroby.

Kryński: Choroba Bantiego nie jest jednostką stałą. Przypadek powyższy nie zupełnie odpowiada typowi, podawanemu zazwyczaj przez autorów. Co się tyczy strony terapeutycznej, należy zaznaczyć, że czas dłuższy opierano się usuwaniu śledziony. Zabieg ten zaczął rozpowszechniać się dopiero od chwili, gdy Maragliano na 11 przypadków operowanych otrzymał w 8 wyleczenie, ale i tu nie ma pewności, czy wyleczenie istotnie zależało od usunięcia guza.

Czarkowski: Usunięcie śledziony nie zawsze jest łatwe. W przypadku ogromnej śledziony malarycznej Czarkowski podczas operacyi napotkał niezwykłe trudności w postaci rozległych zrostów ze ścianą brzuszną i przeponą, tak że zmuszony był klampy na przeponie pozostawić a demeure. Krwawienie było b. obfite. Chory zmarł po upływie 2 miesięcy z powodu posocznicy. We krwi znaleziono enterococcus.

Ciechomski: Nawet wycięcie śledziony z powodu choroby Bantiego nie zawsze bywa łatwe, jak dowodzi przypadek Karczewskiego, z rozległymi zrostami i obfitem krwawieniem, które było przyczyną śmierci chorej w parę dni po zabiegu.

Szerszyński zapytuje, czy u chorej O. wywiady nie dostarczają danych co do przymiotu. S. w chwili obecnej spostrzega chorą, której ojciec przechodził przymiot nieleczony i która w 3 roku życia przechodziła jakąś wysypkę. Badanie krwi wykazało leukopenię i 70% hemoglobiny. Obrzmie-

nie na rękojeści mostka, brzeg wątroby na 4 palce poniżej pępka, wolny płyn w jamie brzusznej. Zastosowano leczenie mieszane i po 30 zastrzykiwaniach sublimatu otrzymano poprawę wyraźną. Wątroba i śledziona zmniejszyły się znacznie. Stan ogólny poprawia się, tylko płyn w jamie otrzewnej zbiera się jeszcze w ilości umiarkowanej. Odczyn Wassermana dał wynik ujemny.

Sawicki. Że wycięcie śledziony połączone bywa niekiedy z ogromnemi trudnościami, dowodzi przypadek Jonnesca, który podczas operacyi rozerwał śledzionę.

W przypadku Szerszyńskiego brzeg śledziony był gładki, danych przedmiotowych co do przymiotu nie stwierdzono.

Co się tyczy przypadku Oderfelda, to pożądane byłoby dokładne zbadanie guza pod mikroskopem.

Oderfeld odpowiada Sawickiemu, że badanie anatomo - patolog. guza wykonane zostało przez kol. Klejna, który stwierdził zapalenie z dużym rozwojem tkanki łącznej (splenitis fibrosa), — Szerszyńskiemu, że w wywiadach przymiotu nie było. Odczyn Wassermana zaś, zdaniem O., nie zawsze sprawę rozstrzyga. Odnośnie strony technicznej samego zabiegu wspomina O. o rezekcyi wystającego łuku żebrowego — stosowanej przez Marwedela w celu ułatwienia dostępu do śledziony.

3. *Hincz* przedstawia 27-letniego mężczyznę, który przed 8-iu laty leczył się przez 3 miesiące w szpitalu i miał tamże robioną operacyę z powodu zapalenia szpiku lewej strzałki. Jako ślad przebytego cierpienia pozostała duża blizna skórna na przedniej powierzchni goleni oraz znaczne zgrubienie kości W połowie listopada r. z. w bliznie wytworzył się ropień, który otworzył się samoistnie i w takim stanie chory przybył do oddziału chirurgicznego dra Ciechomskiego, w szpitalu Dz. Jezus. Tutaj, badając chorego, znaleziono na przedniej powierzchni lewej goleni przetokę, w dnie której wyczuwało się zgłębnikiem szorstką powierzchnię kości. Podczas zabiegu, wykonanego 24. XI, znaleziono martwak ścienny oraz jamę w kości, w której mogłaby się pomieścić duża śliwka, wypełnioną ropą i ziarniną. Jamę oczyszczono za pomocą ostrej łyżki kostnej, osuszono przez kilkakrotne utkanie zmaczaną w spirytusie gazą i wypełniono całkowicie 50% ciastem bizmutowem Becka. Skórę ponad kością zaszyto. Przebieg pooperacyjny b. dobry: pomimo ropienia wkoło szwów skórnych, ciasto w kości utrzymało się i chory w 3 tygodnie opuścił szpital, zupełnie zagojony. H. przedstawia fotografię, wykonaną w dzień wypisania się chorego ze szpitala, na której widać jeszcze resztki pasty bismutowej, wypełniającej jamę w kości i podkreśla dobry wynik zastosowania ciasta bizmutowego pomimo nieprzyjaznych dla gojenia warunków. Pasta bizmutowa, jak przypadek dany poucza, znakomicie skraca okres gojenia się braków kostnych. Wreszcie H. zwraca uwagę na względnie rzadkie umiejscowienie cierpienia w strzałce, która pod tym względem zajmuje jedno z ostatnich miejsc śród kości długich.

(Streścił mówca).

4. *Zembrzuski.* Pokaz chorego po rozległem wycięciu lewego stawu łokciowego.

Z. 4 lata temu wykonał choremu wycięcie lewego stawu łokciowego z powodu bardzo rozległej i daleko posuniętej gruźlicy. Zabliźnienie nastąpiło zupełne, lecz wytworzył się staw cepowy bierny. Chłopiec wykonywa wszystkie ruchy przedramieniem z względną łatwością, najbardziej upośledzone jest podnoszenie kończyny i utrzymanie jej w górze nad głową, oraz zwracanie nawewnątrz i nazewnątrz przedramienia. Podczas wykonywania ruchów widać wzmożoną grę mięśni w obrębie tylnej części dolnego odcinka ramienia. Skrócenie kończyny następcze, t. j. od chwili wycięcia jest b. nieznaczne.

Na zasadzie przypadku przedstawionego, oraz danych z piśmiennictwa Z. wysnuwa wniosek, że w przypadkach rozległej, zaniedbanej lub połączonej z zakażeniem wtórnem gruźlicy stawu łokciowego u dzieci nie należy obawiać się wycięcia stawu. W porównaniu bowiem np. ze stawem kolanowym, którego wycięcie u dzieci jest wprost przeciwwskazanem, ze względu na zaburzenia w następstwie we wzroście kończyny, wycięcie stawu łokciowego nie powoduje zbyt wielkich skróceń. Z drugiej strony wytwarzanie się stawu cepowego u dzieci nie posiada tych cech ujemnych, jakie się spostrzega u dorosłych, dzięki przyrodzonym zdolnościom wyrównawczym wieku dziecięcego.

(Streścił mówca).

Kryński: Wprawdzie cierpienie zasadnicze w przypadku Z. zostało usunięte, jednakże następstwem operacyi jest staw cepowy, który wogóle uważać należy za wynik bardzo niepożądany. Po wycięciach z powodu gruźlicy, ruchomość stawu nigdy nie powinna być brana w rachubę, zawsze dążyć trzeba do wytworzenia zesztywnienia kostnego w ustawieniu najdogodniejszem. W danym przypadku operacyę odnośną możnaby wykonać wtórnie.

Krauze: W przypadku, o którym mowa, możnaby sprobować przeszczepienia stawu śródstopowopalcowego palucha.

Sławiński: Rezekcyę łokcia stosować należy u dorosłych larga manu. Co się tyczy wyniku ostatecznego, to nawet staw cepowy przy zastosowaniu odpowiedniego przyrządu ortopedycznego dogodniejszy jest od zesztywnienia, zachowując w znaczniejszym stopniu zdolność zawodową chorego.

Oderfeld. Nie we wszystkich przypadkach staw zesztywniały posiada bezwzględną wyższość nad cepowym. Przypadek Z. należy właśnie do rzędu takich przypadków wyjątkowych, chory jest w stanie przy pomocy siły mięśni wyprostować kończynę, unieść ją do góry, zgiąć, słowem wykazuje sprawność, jakiej wobec zesztywnienia pod kątem prostym nigdyby nie wykazał. Z tego względu trudno podzielić zdanie Kryńskiego, że należy chorego poddać wtórnej operacyi w celu wywołania unieruchomienia. Dobry przyrząd sprawność kończyny jeszcze podniesie.

Zembrzuski. Niewiadomo, czy gruźlicza stawu ostatecznie u danego chorego już wygasła; w każdym razie, wobec kilku t. z. martwych kostek około stawu, należy wstrzymać się ze wszystkiem, co mogłoby dać powód

do zaostrzenia się drzemiącej na razie sprawy—a więc i od jakiegokolwiek zabiegu ponownego.

5. *Drozdowicz* pokazuje chorą ze szpitala św. Łazarza z grzybicą drożdżową kiści prawej ręki i przedramienia lewej. Równocześnie z owem cierpieniem skórnem t. j. w lipcu roku przeszłego chora zauważyła potęgującą się z biegiem czasu niemożność dokładnego zginania palców ręki prawej. Obecnie możność dowolnego ruchu owych palców zupełnie zniesiona, ruchy bierne bardzo ograniczone. Palce pokryte skórą bladą w stanie poczynającego się zaniku.

Przedstawione rentgenogramy obydwuch rąk wykazują wybitny zanik wapna w palcach prawej ręki. D. traktuje zniesienie ruchów jako też i zanik wapna za sprawy, niezależne od cierpienia skórnego.

(Streścił autor).

6. *Józef Czarkowski* przedstawia dziewczynkę 9-cio letnią po doszczętnej trepanacyi wyrostka sutkowego i podwiązaniu żyły szyjnej (venae jugularis) w najniższym jej odcinku. Operacyę wykonano 5 tygodni temu na 14 dzień choroby. Choroba rozpoczęła się bólami w lewym uchu, wysoką gorączką u zupełnie zdrowej przedtem dziewczynki. W ostatnich dniach przed operacyą chora majaczyła. Badanie, wykonane przez kol. Maurycego Hertza, wykazało, że błona bębenkowa — cała, zaledwie zaróżowiona. Wyrostek sutkowy bolesny, skóra na nim cokolwiek nacieczona, okolica żyły szyjnej nie bolesna. Rozpoznano otitis media, mastoiditis suppurativa. W uśpieniu chlorof. ze współudziałem kol. Hertza wykonał Cz. trepanacyę wyrostka sutkowego.

Ponieważ komórki wyrostka na całej jego rozciągłości były wypełnione ropą, wyrostek usunięto doszczętnie a także zdłutowano część kości potylicowej.

Otwarto i wyłyżeczkowano jamę sutkową (antrum) i uchyłek jamy bębenkowej (atticus); obnażono oponę twardą i zatokę żylną poprzeczną na całej rozciągłości. Zatoka przedstawiała się miękką i na pozór nie zmienioną, lecz Czarkowski według ustalonej przez siebie zasady, że w każdym przypadku, gdzie wokoło zatoki widzi ropę lub zmiany zapalne, wykonywa próbne nakłucie szprycą Pravatza, wykonał takowe i dostał płynną ropę. Wobec tego otworzył zatokę na całej rozciągłości a żyłę szyjną podwiązał tuż nad obojczykiem.

Gorączka wysoka przed operacyą do $39{,}5^0$ spadła zaraz po operacyi do normy, stan ogólny poprawił się szybko (wymioty trwały 3 dni) i, oprócz nieznacznej żółtaczki, przebieg pooperacyjny był bez powikłań.

Próbne nakłucie zatoki, zupełnie nie szkodliwe dla chorych, Czarkowski zaleca wykonywać w każdym przypadku, gdzie mamy ropę lub ziarninę wokoło zatoki poprzecznej, a to z tej racyi, że wymacywanie i sam wygląd zatoki nie zawsze stanowią o jej zawartości.

W przypadkach chronicznych, z obostrzeniem sprawy zapalnej, ściana zatoki bywa tak zgrubiałą, że ani palcem, ani też okiem nie możemy sprawdzić, czy mamy wewnątrz krew płynną, czy też ropę lub skrzep. W kilku swoich własnych przypadkach Cz. mógł przekonać się o tem

i nigdy nie żałował wykonania próbnego nakłucia. To samo było i w przedstawionym przypadku. Wygląd zatoki nie pozwalał domyśleć się w niej ropy i gdyby nie przekłucie próbne — chora byłaby straconą.

Podwiązywanie zaś żyły szyjnej w ropieniu i zakrzepach w zatoce większość otyatrów uważa za wskazane. Cz. przekonał się, że rękoczyn ten ma racyę bytu nie tylko w przypadkach ze sformowanym i twardym zakrzepem, lecz i z płynną ropą. Na dowód tego Cz. przytacza przypadek, zupełnie identyczny z przedstawianym, gdzie wobec płynnej ropy w zatoce, bez namacalnych zmian w żyle szyjnej, ograniczył zabieg do otwarcia szerokiego zatoki (bez podwiązania żyły). Stan chorej po operacyi na razie poprawił się, lecz na trzeci dzień gorączka podskoczyła do 40^0, zjawił się ból w okolicy żyły szyjnej, ale podwiązanie żyły i wydostanie zakrzepu nie uratowało już chorej, ponieważ zabieg był spóźniony.

(Streścił autor).

Lewenstern. Przypadek analogiczny, operowany przez L. niedawno skończył się mniej pomyślnie, albowiem chory zmarł wśród objawów posocznicy. Oględziny pośmiertne wykryły duże ognisko ropne w płucu lewem. Należy nierozstrzygniętem pozostawić pytanie, czy jednostronne podwiązanie żyły jarzmowej wogóle posiada wartość bezwzględną w przypadkach ciężkiego zakażenia.

Kryński. Z próbnem przekłuciem zatoki poprzecznej we wszystkich przypadkach niepodobna się godzić. Dla określenia, czy w zatoce jest ropa, lub skrzep, wystarczy wygląd ściany jej, falowanie i t. d. W danym przypadku w zatoce prawdopodobnie utworzył się skrzep, który właśnie zropiał. Orzeł spostrzegł dwa przypadki analogiczne. W jednym z nich, który skończył się pomyślnie, sama operacya doszczętna na razie choremu ulgi nie przyniosła. Przekłucie zatoki nie wykazało obecności drobnoustrojów we krwi. Po pewnym czasie zjawiła się bolesność w okolicy żyły jarzmowej, którą podwiązano in loco electionis, poczem ciepłota stopniowo zaczęła opadać. W przypadku tym rana po trepanacyi za każdym razem podczas opatrunku obficie broczyła; jednakże krwawienie to po podwiązaniu żyły jarzmowej nie wzmogło się. W przypadku drugim, zakończonym śmiercią, na sekcyi znaleziono w żyle jarzmowej długi skrzep, sięgajacy aż do zlania się tej żyły z ż. podobojczykową. O. również wypowiada się przeciwko próbnemu przekłuwaniu zatoki w każdym przypadku, tego samego zdania jest Krauze, co się tyczy podwiązania żyły jarzmowej, uważa on je za wskazane tam, gdzie było wyraźne zapalenie zatoki, z dreszczami i wysoką gorączką. Przytacza swój przypadek, w którym ciepłota opadła dopiero na 10 dzień po podwiązaniu żyły.

Czarkowski: Większość otyatrów w przypadkach rozlanego ropienia wyrostka sutkowego radzi obnażać oponę twardą i zatokę; zabieg ten zazwyczaj nie przynosi choremu szkody. Same oględziny zatoki w celu przekonania się o jej zawartości częstokroć zawodzą. Również i w danym przypadku większość otaczających sprzeciwiała się przekłuciu, a jednak dowiodło ono obecności ropy. Wogóle najlżejsze podejrzenie co do obec-

ności ropy lub skrzepów w drogach żylnych powinno zniewalać chirurga do punkcyi zatoki i podwiązania żyły.

Sawicki: Większość otyatrów jest za podwiązaniem żyły. S. w jednym przypadku miał do czynienia z rozległem ropieniem, dochodzącem aż do podstawy czaszki, a swoją drogą chory wyzdrowiał, zdaje się, dzięki podwiązaniu żyły. Jansen prawie zawsze żyłę podwiązuje. Uczynił to również w przypadku, operowanym przez S., przypuszczając obecność skrzepu przyściennego, który uważa za wystarczające wskazanie do podwiązania żyły.

A. WERTHEIM.

II. POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 26 listopada 1909 r.

(Dokończenie — patrz Tom II, zeszyt 2 str. 249).

Stankiewicz Czesław przedstawia szereg preparatów anatomicznych z kazuistyki wycięcia macicy. Wszystkie okazy otrzymane drogą cięcia brzusznego. We wszystkich przypadkach nastąpiło wyzdrowienie.

1. M. S. lat 42. Myomata uteri. Adnexitis dextra. Mięśniaki rozwinięte międzywiązowo: na stronie lewej wielkości głowy noworodka, na prawej — wielkości pomarańczy. Przed siedmiu laty operowana w szpitalu Wolskim z powodu torbieli przyjajnika, o zawartości sześciu kwart. Panhysterectomia 10. XI. 09. Zeszycie pochwy i ponad nią otrzewnej. Zdrowienie bez powikłań.

2. L. P. lat 50. Myoma uteri interstitiale, Adnexitis et periadnexitis bilateralis. Cięcie poprzeczne sposobem Pfannenstiela 30. X. 09. Panhysterectomia subtotalis. Przebieg pooperacyjny niepowikłany.

3. S. K., lat 38. Myomata uteri interst. Pyosalpinx duplex. Periadnexitis bilateralis. Cięcie brzuszne podług Pfannenstiela 14. IX. 09. Panhysterectomia subtotalis. Zdrowienie bez powikłań.

4. S. N. lat 36. Myoma uteri interstitiale (wielkości głowy dziecka). Adnexitis et periadnexitis bil. Panhysterectomia subtotalis 17. X. 09. zagojenie doraźne rany brzusznej; w dalszym przebiegu słabo wyrażone zapalenie żył zakrzepowe w nodze lewej.

5. E. S. lat 39. Myoma uteri interstit. Periadnexitis bilater. W październiku 1909 panhysterectomia subtotalis; wyzdrowienie.

Przypadki powyższe S. przedstawia w celu wykazania częstości zajęcia przydatków macicznych w mięśniakach.

6. J. P. lat około 30. Myoma submucosum gangraenescens. Guz wielkości głowy dziecka, wychodzący z przedniej ściany macicy. Panhysterectomia 3. XI. 09. Sączek gumowy i paski gazy wyprowadzono do pochwy. Ranę brzuszną zaszyto. Prima. Wyzdrowienie.

7. N. N. Myomota intest. et subserosa. Liczne i duże guzy. Operowana latem 09. Panhysterectomia. Zejście pomyślne.

Następnie S. przemawia w sprawie operacyi doszczętnej w zajęciu obustronnem przydatków macicznych. Zdaniem S., u osób starszych prócz schorzałych przydatków powinno się usuwać jednocześnie macicę, która w tych razach bywa również zazwyczaj chorobowo zmieniona. Ten sposób postępowania zabezpiecza chorą od spraw zapalnych miednicy małej, i wraca jej zdolność do pracy. W następujących przypadkach S. wykonał wycięcie macicy wraz z przydatkami z powyższego wskazania.

8. J. P. lat 46. Sactosalpinx et periadnexitis bil. Duże guzy przydatków w zrostach z jelitami, siecią i ścianą miednicy. Panhysterectomia subtotalis 6. XI. 09. Wyzdrowienie niepowikłane.

9. A. S. lat 38. Sactosalpinx bilater. Periadnexitis bil. Appendicitis. Guzy przydatków wielkości mandarynki w mocnych zrostach z otoczeniem. Cięcie poprzeczne sposobem Pfannenstiela 16. XI. 09. Panchysterectomia subtotalis. Wycięcie wyrostka robaczkowego, który jest trudno dostępny, gdyż leży całkowicie na tylnej powierzchni kiszki ślepej. Zdrowienie bez powikłań.

10. D. B. lat 36. Adnexitit bilateralis. Metritis chr. Hysteriasis. Cięcie brzuszne zachowawcze — usunięcie zrostów — przed kilku miesiącami. Wskutek ciągłych skarg chorej na bóle w brzuchu powtórna laparotomia. Panhysterectomia subtotalis. Zdrowienie powikłane lekkiem zajęciem dróg oddechowych. Pomimo operacyi doszczętnej nie czuje się zupełnie zdrowa.

11. Z. O. lat 42. Adnexitis bil. (sactosalpinx). Pelviperitonitis adhaesiva. Cięcie brzuszne podług Pfannenstiela 12. XI. 09. Panhysterectomia subtotalis. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

12. Z. G. lat 50. Adnexitis bil. Myoma uteri interstitiale. Panhysterectomia subtotalis 21. IX. 09. Wyzdrowienie. Z innych wskazań usunięto macicę:

13. J. G. lat 48. Krwawienie maciczne. Macica w retrocessio; torbiel jajnika prawego wielkości mandarynki. Przypuszczenie zrostów otrzewnowych. Cięcie sposobem Pfannenstiela 29. X. 09. Otrzewna miedniczna bez zmian zapalnych. Panhysterectomia subtotalis. Wynik pomyślny.

14. M. W. lat 49. Prolapsus vaginae, descensus uteri. Macica powiększona tak, jak w 10 tygodniu ciąży. Colporrhaphia ant. et colpoperineorhaphia. Cięcie brzuszne sposobem Pfannenstiela na temże posiedzeniu, 15. X. 09. Panhysterectomia subtotalis. Dwa małe włókniaki śródścienne. Wyzdrowienie niepowikłane.

Wreszcie S. pokazuje:

15. Preparat zwyrodnienia drobnotorbielowatego jajnika, pochodzący od 24 letniej kobiety, operowanej z powodu ciąży zamacicznej. Cała tkanka jajnikowa właściwa podległa zanikowi. Torbiele liczne od ziarnka grochu do orzecha laskowego, oddzielone są od siebie cienkiemi ścianami. Zdaniem S., tylko podobne przypadki powinny być zaliczone do t. zw. zwyrodnienia torbielowatego. Istnienie w jajniku oddzielnych drobnych torbieli nie przemawia jeszcze za zwyrodnieniem, gdyż średnica pęcherzyka Graafa, podług autorów francuzkich, sięgać może mawet do 2 ctm.

Leśniowski znajduje, że przedstawione przez Stankiewicza okazy macic, wyciętych z powodu włókniaków oraz z powodu zmian zapalnych przydatków, są b. zajmujące, a w większym jeszcze stopniu pouczające. Pokaz ten daje Leśniowskiemu sposobność do omówienia niektórych szczegółów w leczeniu wyżej wymienionych spraw chorobowych. Co się tyczy, najpierw, włókniaków macicy, słusznie zwrócił St. uwagę na często przytrafiające się powikłanie tego cierpienia zmianami zapalnemi w przydatkach macicy, zespoleniem guza i przydatków z otoczeniem za pomocą zrostów płaszczyznowych i taśmowatych. Leśniowski również spostrzegał często wymienione zjawisko. Zjawisko to ma duży wpływ na wybór sposobu operowania macicy włókniakowej. Wybierając pomiędzy operacyą pochwowa a brzuszną, Leśniowski kieruje się zazwyczaj nie wymiarami guza, albowiem i bardzo duże guzy wobec zastosowania rozkawalenia dają się usunąć od strony pochwy, lecz właśnie przedewszystkiem obecnością lub brakiem zmian poważniejszych w przydatkach, oraz rozległością, tęgością zrostów. Zrosty oraz zmiany w przydatkach, szczególniej — przypuszczalny ropniak jajowodów, zmuszają do operowania od strony brzucha.

Warto następnie zwrócić uwagę na sposób całkowitego wycinania od strony brzucha macicy włókniakowej, oczywiście w przypadkach, gdzie zachodzi tego potrzeba. Przed kilku laty sprawa ta była już omawiana na posiedzeniach ginekologicznych, i wtedy liczni mówcy, między nimi i Leśniowski, wypowiadali się na korzyść zabiegu, zalecanego przez Doyena. Od owego czasu Leśniowski zmienił swe na tę sprawę zapatrywanie. Obecnie L. operuje, a przynajmniej, o ile warunki przypadku pozwalają, dąży do operowania tak, jak czyni to, wyłuszczając macicę, dotkniętą rakiem, od strony brzucha. A zatem, podwiązuje i przecina na obu stronach naczynia jajnikowe, więzy obłe, a następnie po rozsunięciu listków więzów szerokich — podwiązuje i przecina naczynia maciczne. Po rozległem odłuszczeniu pęcherza moczowego i odbytnicy przecina poprzecznie pochwę. Postępowanie takie, oparte na faktach anatomicznych, jest łatwe i o wiele bardziej uzasadnione, chirurgiczne, niż końcowy akt zabiegu Doyena — wyrywanie na ślepo macicy.

Ponieważ operacya wycięcia włókniakowej macicy od strony pochwy, zabieg bardzo uciążliwy dla operującego, daje się wykonać szybciej, niż operacya brzuszna, wymaga krótszego i mniej głębokiego usypiania, jest połączona z mniejszem krwawieniem, znacznie natomiast skraca okres pooperacyjny, przeto stosuje ją Leśniowski przedewszystkiem u kobiet starych, znacznie wykrwawionych, ze zmianami w nerkach lub sercu.

Przechodząc do leczenia zmian zapalnych przydatków macicy, Leśniowski sądzi, że i pod tym względem zaczyna zaznaczać się u nas pewna zmiana w zapatrywaniach: zaczyna powoli tracić dawny kredyt — do nieskończoności trwające, beznadziejne leczenie zachowawcze. Sam Leśniowski zajmuje obecnie pod tym względem następujące stanowisko. O ile kobieta, szczególnie ze sfery robotniczej, pracująca ciężko fizycznie, dla której zdolność lub utrata zdolności do pracy stanowi poniekąd o możności wyżywienia siebie i rodziny, po kilkakrotnem zastosowaniu

leczenia zachowawczego, nie może pozbyć się trapiących ją i odbierających jej zdolność do pracy dolegliwości, jedynym ratunkiem dla niej jest zabieg operacyjny. Kobiety ze sfer zamożnych mogą pozwolić sobie na dłuższe stosowanie leczenia zachowawczego.

Co się tyczy samego zabiegu, to dotychczas Leśniowski wykonywał tylko wycięcie całkowite przydatków. Jakkolwiek wykonywał to b. doszczętnie, wycinając wraz z jajowodami kliny z rogów macicy, to jednak nie zawsze wynik był dla chorej zupełnie pomyślny. Po upływie pewnego okresu względnego zdrowia niektóre z operowanych zjawiały się znów, wskazując na dokuczliwe bóle u dołu brucha, uniemożliwiające pracę fizyczną. Jest to zrozumiałe Wycinając tylko chore przydatki macicy, nawet najdokładniej, usuwamy ognisko chorobowe częściowo: pozostaje zakażona macica, która w dalszym ciągu może być źródłem ustawicznych bolesnych nacieczeń w przymaciczach. Dlatego też spotykamy się w piśmiennictwie z głosami, doradzającymi doszczętne usuwanie wraz z przydatkami i macicy. Leśniowski jest zdecydowany wykonywać w przyszłości zabieg zupełnie doszczętny. Najważniejszy wzgląd — niemożność zajścia w ciążę po takiej operacyi, nie gra tu poważniejszej roli: chore, doprowadzone do rozpaczy ustawicznem powtarzaniem się cierpień, chętnie rezygnują z tej możności, byleby mogły nareszcie żyć spokojnie. Możnaby się zastanawiać, jaką drogą należy wykonać zabieg: od strony brzucha, czy też od strony pochwy, są bowiem zwolennicy i takiego operowania, jak to widać ze świeżo ogłoszej pracy Falgowskiego. Leśniowskiemu bardziej trafia do przekonania zabieg brzuszny.

Monsiorski przestrzega przed zbyt pochopnem stosowaniem odjęcia przydatków macicy u kobiet młodych.

Natanson zwraca uwagę na to, że z wykonaniem operacyi nie należy się nadto spieszyć, gdyż sprawy zapalne przydatków dotyczą przeważnie kobiet młodych, którym nie powinno się odbierać możności zajścia w ciążę, ani też skazywać na utratę miesiączkowania.

Wprawdzie sprawy zapalne przydatków są zwykle pochodzenia rzeżączkowego i zmniejszają prawdopodobieństwo zapłodnienia, a z drugiej strony objawy, a więc przedewszystkiem bóle, utrudniają bardzo pracę fizyczną, jednak nie należy wyrzekać się zbyt wcześnie leczenia zachowawczego, które nieraz po paru latach daje wyleczenie zupełne — czynnościowe, jeśli nie anatomiczne.

Jeżeli wszakże w przydatkach mamy sprawy ropne, szczególniej pyosalpinx i przebieg jest gorączkowy, wtedy, po wypróbowaniu leczenia zachowawczego, należy przystąpić do operacyi. Co do tej ostatniej zaś, Natanson jest za doszczętnem usunięciem przydatków i macicy całej lub trzonu oraz obszernem sączkowaniem przez pochwę. Usunięcie przydatków z pozostawieniem macicy pozostawia często chorą w położeniu, w jakiem była przed operacyą, gdyż sprawa zapalna trwa dalej, podtrzymywana przez zmiany w endometrium. Tylko doszczętne usunięcie macicy i przydatków daje nadzieję przerwania sprawy zapalnej raz na zawsze.

Lorentowicz sądzi, że pogląd, w jaki sposób winny być leczone sprawy zapalne przydatków, jest i będzie sprawą czysto osobistą. Metody

operacyjne mają równie gorących zwolenników, jak i metody zachowawcze. Trudno nie zgodzić się ze stanowiskiem Stankiewicza, który uważa za najracyonalniejsze u ciężko pracujących kobiet, stojących blizko okresu przejściowego, usuwanie wraz z chorymi przydatkami i trzonu macicy, aby tym sposobem unicestwić mogące powstać ognisko wtórnego zapalenia otrzewnej. Inaczej zgoła rzecz się przedstawia, gdy mieć będziemy do czynienia z kobietami młodemi. Usunięcie jajników i macicy nie jest bynajmniej sprawą obojętną dla ustroju, będącego w pełni życia płciowego.

W tych właśnie razach jest przedewszystkiem wskazane stosowanie systematycznego wielomiesięcznego leczenia metodami zachowawczemi. Kroenig jest zdania, że sprawy zapalne przydatków, na tle rzerzączkowem powstałe, a te, jak wiadomo, stanowią najwyższy odsetek, po rocznej kuracyi dają 90% wyzdrowień, względnie zdolności do pracy. Amann na 1300 odnośnych przypadków operował zaledwie 20 razy. Olshausen operuje chore przydatki po 9-iomiesięcznem leczeniu zachowawczem. Peham i Keitler z kliniki Chrobaka na 126 przypadków spraw zapalnych przydatków, leczonych zachowawczo, spostrzegali w 20 przypadkach zajście w ciążę, w 74 zaś zupełną zdolność do pracy.

Jak widać z zestawienia powyższych danych, wyniki lecznictwa zachowawczego są bardzo zachęcające.

Lejzerowicz nie uważa, aby z lekkiem sercem wolno było we włókniakach wraz z macicą usuwać również przydatki, bez poważnego wskazania. Z drugiej zaś strony rozległe zmiany o ropnej zawartości w przydatkach w następstwie przewlekłych, długotrwałych spraw zapalnych mogą oczywiście sprowadzić prędzej czy później też potrzebę usunięcia wraz z niemi macicy, będącej częstokroć punktem wyjścia zakażenia, jakie przenikło do przydatków. Nie wydaje się atoli Lejzerowiczowi zupełnie usprawiedliwionem, aby konieczne było we wszystkich przypadkach całkowite wycięcie macicy, gdy wystarczyć może jeno częściowa jej rezekcya, mianowicie drogą wycięcia z trzonu macicy klinu, zarazem obejmującego już i przydatki, jak to wykonuje Beutner i nieco radykalnej Faure. Panhysterectomia bowiem, jak to proponuje Stankiewicz, nie jest rzeczą dla ustroju tak obojętną, zważywszy, iż macica posiada własną sekrecyę wewnętrzną, mogącą wielce zaważyć na szali przyszłych czynności ustroju, całkowicie pozbawionego części rodnych. Dzięki zaś metodzie wspomnianej ustrój nie zatraca nawet zdolności miesiączkowania.

Stankiewicz Czesław stoi na stanowisku, iż droga brzuszna jest drogą wyboru przy operacyach mięśniaków macicy. Droga pochwowa znajduje wskazanie w razach wyjątkowych, np. u kobiet b. otyłych, z szeroką pochwą. Przeważna część kobiet, dotkniętych mięśniakami, to osoby, które nie rodziły, lub stare panny. W tych warunkach, przy wązkości pochwy, operacya dołem jest trudna i zmudna, i prędzej daleko wykonać ją można drogą brzuszną. Co do techniki S. podziela zdanie Leśniowskiego, iż operować należy „chirurgicznie", jak się operuje raki. Technika, której trzyma się S., polega na nałożeniu 3 podwiązek z każdej strony macicy mięśniakowato zwyrodniałej: na wiąz lejkowo-miedniczny, wiąz obły i naczynia maciczne. U kobiet młodszych S. wycina macicę z przydatkami nadpochwo-

wo, zostawiając jeden jajnik; w okresie zbliżonym do przekwitania usuwa często macicę całkowicie,—w tym razie zawsze z jajnikami. U młodszych kobiet S. celowo zostawia część pochwową, fizyologiczny dach nad pochwą, gdyż blizna w sklepieniu, po całkowitem usunięciu macicy, mogłaby przy coitus być powodem dolegliwości. Kol. Monsiorskiemu odpowiada, iż libido sexualis, po usunięciu doszczętnem zmienionych zapalnie narządów rodnych, częstokroć zwiększa się, co S. miał możność stwierdzić u swych chorych. Prócz schorzeń na tle rzeżączki, o czem mówił kol. Natanson, do operacyi doszczętnej nadają się zajęcia gruźlicze obustronne przydatków macicy, jak niemniej niektóre przypadki schorzeń na tle zakażenia połogowego. S. z zadowoleniem zaznacza zgodę wszystkich mówców, że u młodych kobiet należy być zachowawczym. Tej zasadzie hołduje S. w najszerszym zakresie. Natomiast u kobiet starszych, zwłaszcza w sferze pracującej fizycznie, gdzie niema czasu ani środków na leczenie paliatywne, zawsze kosztowne a często niepewne w swych skutkach, S. w obustronnem zajęciu przydatków uważa za wskazaną operacyę doszczętną. I w tych przypadkach, o ile warunki są po temu, S. stara się najprzód przeprowadzić leczenie paliatywne, w myśl słów kol. Lorentowicza, by wyeliminować przypadki, wymagające zabiegu operacyjnego. W końcu S. zaznacza, iż operacye doszczętne w przypadkach obustronnego zapalenia przydatków macicy, jak również zabiegi operacyjne w mięśniakach macicy, nie należą do niebezpiecznych. W dłuższej seryi przypadków, operowanych ostatnio, S. nie miał ani razu zejścia śmiertelnego.

Zabierając głos po raz wtóry, Leśniowski zaznacza, iż oczywiście zanim zaproponuje się chorej na przydatki macicy operacyę, należy wyczerpać możliwie cały arsenał leczenia zachowawczego. Niestety, aż nazbyt liczne doświadczenie przekonywa nas, że w większości przypadków wyleczenie, tą drogą osiągane, jest pozorne. Dopóki chora leży w łóżku, wstrzymuje się od pracy fizycznej, od stosunków płciowych—czuje się dobrze. Skoro jednak powraca do zwykłego trybu życia, zjawiają się niebawem wszystkie dawne dolegliwości, i kobieta, wytrącona z łona rodziny, pozbawiona możności zarobkowania pracą, znów na dłuższy okres czasu udaje się po zdrowie do szpitala. O ile kilkakrotny pobyt w szpitalu nie daje trwałego wyleczenia, o ile jednocześnie kobieta, żyjąc płciowo, nie zachodzi dłuższy czas w ciążę, Leśniowski, wbrew zdaniu, wygłoszonemu przez innych mówców, nie widzi słusznej zasady, dla czego kobiecie nawet w młodym wieku nie mamy wykonać zabiegu doszczętnego, dla czego na zupełne wyzdrowienie ma ona czekać, aż będzie miała 40 lub więcej lat.

S. CYKOWSKI.

Posiedzenie 31 grudnia 1909 r.

Lebensbaum przedstawił okaz ciąży jajowodowej prawostronnej. Chora G., l. 29, przed 2-ma laty wyszła zamąż. Urodziła przed ½ rokiem prawidłowo; miesiączkowała normalnie—ostatnio przed 2-ma miesiącami. W ciągu ostatnich 3-ch tygodni miewała częste bóle brzucha, wymioty, brak łaknie-

nia i t. d. Dnia 30 listopada r. b. po południu doznała nagle gwałtownego bólu brzucha, straciła przytomność.

W niespełna godzinę wezwany do chorej, L. znalazł ją bardzo bladą, z tętnem około 120, w zapaści. Badanie wykazało: brzuch na dotknięcie bardzo bolesny, w jamie brzusznej chełbotanie wyraźne, macica powiększona, wielkości 6—7 tygodniowej ciąży, przydatki niewyczuwalne.

Po przewiezieniu chorej do zakładu, L. wieczorem przystąpił do cięcia brzucha, które dokonał u chorej bez tętna. W jamie brzusznej było 1½ litra żywo czerwonej krwi i nieco skrzepów. L. znalazł rozszerzenie prawego jajowodu w części środkowej, wielkości małego włoskiego orzecha; na rozszerzeniu owem w części wolnej, zwróconej do jamy brzusznej, widać otworek, wielkości ziarnka soczewicy.

L. jajowód usunął cały. Lewy jajowód był prawidłowy. Śród zabiegu chorej wstrzyknięto około 500,0 fizyologicznego roztworu soli kuchennej pod skórę.—Powłoki zaszył L. w 4 piętra. Przebieg pooperacyjny bez powikłań; chora opuściła zakład po dniach 19-u.

Badanie mikroskopowe skrawka z części jajowodu domacicznej, dokonane przez Lorentowicza, nie wykryło zgoła żadnych śladów sprawy zapalnej.

W danym przypadku godne uwagi jest, iż u pacyentki, uprzednio zupełnie zdrowej, występuje ciąża pozamaciczna we 4 miesiące po prawidłowym porodzie i połogu; nadto mąż chorej jest zupełnie zdrów, nigdy rzeżączki nie przechodził. Pierwsza żona zmarła mu również z powodu ciąży zamacicznej.

Co się tyczy rozpoznania, to gdyby chora zasięgała porady przed wystąpieniem napaści, rozpoznanie nie byłoby łatwe: wielkość macicy odpowiadała właściwemu okresowi ciąży, rozszerzenie jajowodu byłoby najprawdopodobniej niewyczuwalne, krwawienia z narządów rodnych nie było.

Wreszcie L. chce zaznaczyć, iż w danym przypadku krwotoku wewnętrznego nie wywołało ani pęknięcie trąbki, ani poronienie jajowodowe, miało tu miejsce raczej nadżarcie naczynia krwionośnego przez wrastający weń nabłonek kosmkowy.

Środków podniecających u chorej, pomimo że była ona bez tętna, L. nie stosował przed operacyą, uważając je w danym okresie za wprost szkodliwe.

Natanson przedstawił okazy, otrzymane za pomocą operacyi:

1-o Lipoma coli transversi, Exstirpatio tumoris Sanatio. Chora lat 47 skarżyła się na bóle w podbrzuszu, wymioty, bóle w czasie wypróżnienia, krwawienia ze stolcem, wychudnięcie i osłabienie. Choroba trwa od 5 miesięcy. Badanie wykazuje w lewem sklepieniu guz, wielkości sporego jablka, nie połączony wyraźnie z macicą, bolesny, niezbyt ruchomy.

Macica i pochwa w stanie poczynającego się zaniku. W kiszce prostej guziki krwawnicowe.

Cięcie brzucha wykazuje, że narządy płciowe nie przedstawiają zboczeń, natomiast guz, wyczuwany z lewej strony macicy, jest guzem kiszki grubej, a mianowicie początku okrężnicy poprzecznej, która z powodu ogólnego opadnięcia trzew leży w małej miednicy. Guz wychodzi z części

ściany, odpowiadającej krezce, jest zupełnie gładki, wypełnia całe światło kiszki. Gruczoły krezkowe nie obrzmiałe, ani twarde, na otrzewnej nacieczenia ani zrostów niema. Po zrobieniu nacięcia podłużnego, długości około 8 ctm, udało się wysunąć guz przez ten otwór, przyczem okazuje się, że powierzchnia guza jest owrzodziała, jak również i przylegająca śluzówka kiszki. Po nacięciu śluzówki usunięto guz i owrzodziałą śluzówkę, poczem założono szew dwupiętrowy strunowy, po podwiązaniu dwóch drobnych naczyń w krezce. Następnie zaszyto pierwotnie zrobiony otwór podłużny w ścianie kiszki, przeciwległej krezce, i założono worek Mikulicza. Kiszka opadła bezzwłocznie sama do małej miednicy.

Przebieg—po za ropieniem w powłokach brzusznych — prawidłowy. Badanie wykazało, że guz był tłuszczakiem.

2-o. Pyosalpinx bilateralis. Exstirpatio adnexorum et amputatio uteri supravaginalis per laparotomiam. Sanatio.

Chora lat 33, przybyła w marcu 1909 r. do szpitala z powodu silnych bólów w podbrzuszu, przeważnie z prawej strony, które od 10 dni odczuwała. Ciepłota podwyższona, tętno 120 słabe, parcie na stolec, trudność w oddawaniu moczu. Badanie wykazuje, że macica jest uniesiona ku górze i przesunięta ku spojeniu. Resztę miednicy wypełnia masa, nie dająca się od macicy oddzielić, twarda, bolesna. Tylne sklepienie wypięte. Parę dni po przybyciu chorej do szpitala ropień pękł do kiszki, przez którą wydzieliła się bardzo znaczna ilość ropy. W ciągu paru tygodni ropienie ustało, macica opuściła się i badanie wykazywało wyraźnie znaczne powiększenie obu przydatków. Jajowody nie dawały się odróżnić od jajników. Chora wypisała się ze znaczną poprawą i wróciła do szpitala w grudniu 1909 roku, dla poddania się doszczętnej operacyi.

Cięcie brzucha. Wszystkie narządy małej miednicy zrośnięte ze sobą tak, że trzeba je nożem oddzielać. Po oddzieleniu esicy i prostnicy nie znaleziono otworu, przez który w swoim czasie wydzielała się ropa. Oddzielanie jajowodów było bardzo trudne, poczem należało otworzyć oba więzy szerokie dla wyłuszczenia torbieli międzywięzadłowych, z których lewa pękła w czasie operacyi. Ostatnim aktem było odcięcie macicy nadpochwowe oraz otworzenie Douglasa dla przesączkowania małej miednicy ku pochwie. Okaz, otrzymany podczas operacyi, przedstawia macicę wraz z przydatkami.

Przebieg pooperacyjny był początkowo niepokojący z powodu znacznego osłabienia czynności serca, co wymagało trzydniowych usilnych zabiegów, uwieńczonych dobrym wynikiem.

Chora następnie gorączkowała dosyć wysoko i ropienie było obfite, obecnie wszakże zdrowienie postępuje bardzo szybko i prawidłowo.

Zweigbaum wypowiedział odczyt p. t. „Przypadek cukromoczu u ciężarnej".

U ciężarnej pierwiastki, pozornie zupełnie zdrowej, jak się zdawało, dziedzicznie nie obarczonej, już w pierwszej połowie ciąży (w lipcu 1907 r.) znajdował się cukier gronowy w moczu w ilości umiarkowanej (0,9%). Pod koniec ciąży ilość jego wzmogła się (2%), poczem zjawił się też i aceton w moczu. Towarzyszący temu znaczny upadek odżywiania i osła-

bienie ustroju, dochodzące prawie do zupełnego wyczerpiania sił, przyspieszyło , jak się zdaje, poród o 2 mniej więcej tygodnie. Podczas porodu, który trwał długo z powodu słabych bólów i był bardzo uciążliwy dla rodzącej, obawiać się trzeba było wybuchu śpiączki cukrowej. Na szczęście nie doszło do tego. Poród odbył się siłami natury i od tej chwili rozpoczęła się stanowcza poprawa w stanie ogólnym położnicy. Przebieg połogu był prawidłowy, cukier w moczu zmniejszał się powoli, lecz stale; to samo nastąpiło z acetonem i po 17 dniach już ich wcale w moczu nie było. Położnica wróciła do zupełnego zdrowia. Dziecko, od początku karmione piersią mamki, rozwija się prawidłowo.

Cukromocz więc był w danym przypadku tylko przejściowy, bo, istniejąc podczas ciąży, znikł po narodzeniu się dziecka. Najprawdopodobniej więc cukromocz ten powstał w związku z ciążą; jakiego zaś był on pochodzenia: czy był glikozuryą pokarmową, czy też umiarkowaną moczówką cukrową, czy może przejściem pierwszej w drugą — tego wówczas nie można było rozstrzygnąć stanowczo. Co się zaś tyczy acetonuryi, to zjawienie się jej postawić można było także w zależności od zmiany pożywienia mieszanego na ściśle przeciwmoczówkowe.

Co do postępowania lekarskiego podczas ciąży, to analizując wszystkie pro i contra sztucznego poronienia wzgl. przedwczesnego porodu w przypadkach cukromoczu u ciężarnych, Zwejgbaum zdecydował się w danym razie zachowywać się wyczekująco. Przebieg pomyślny porodu i połogu dowiódł, że postępowanie było zupełnie odpowiednie.

Rok następny (1908) przeszedł zupełnie dobrze. Miesiączkowanie było prawidłowe. W moczu cukru nie było

W lutym roku 1909 ponowne zajście w ciążę. Już w początkach wykryto w moczu nieznaczny procent cukru (0,1%) gronowego. Następnie ciężarna zapadła na tyfus brzuszny. Poronienie nie nastąpiło. Ilość cukru wahała się podczas tyfusu i później od 0,3% do O., przed samym zaś porodem (w listopadzie) doszła do 0,5%. Acetonu nie wykryto.

Poród prawidłowy; dziecko żywe, donoszone. Połóg również prawidłowy. Karmienia położnica nie rozpoczynała. Po miesiącu w moczu cukru już nie było. Dodać ta jeszcze trzeba, że w roku 1908 ojciec pacyentki zapadł na moczówkę cukrową umiarkowaną.

Zastanawiając się, po trzechletniem prawie spostrzeganiu swojej chorej, nad wzajemną zależnością w tym przypadku ciąży i glikozuryi, Zwejgbaum sądzi, że zależność taka rzeczywiście istniała, była to bowiem tak zwana postać cukromoczu przerywana, mianowicie: cukier zjawiał się w moczu podczas obu ciąży i znikał zawsze po porodzie. Tu jednak zauważyć trzeba, że zależność ta była dość luźna, gdyż ani u ciężarnej, ani u płodów to czasowe zaburzenie przemiany materyi trwałego wpływu szkodliwego nie pozostawiło. Z jaką więc w istocie postacią cukromoczu miało się w tym przypadku do czynienia?

Ze względu na brak zwykłych -- po za cukromoczem bardzo umiarkowanym — objawów moczówki cukrowej, możnaby obecność cukru w moczu uważać za wyraz cukromoczu pokarmowego, uchodzącego za niewinne powikłanie ciąży. Pogorszenie się jednak stanu ogólnego ciężarnej i zja-

wienie się acetonu pod koniec pierwszej ciąży, przemawiałoby raczej za tem, że jeśli nie mieliśmy tu do czynienia z umiarkowaną moczówką cukrową (formą t. zw. przerywaną), to napewno z taką glikozuryą pokarmową, którą krok już tylko oddzielał od moczówki cukrowej. Neuman, Noorden i Naunyn takie glikozurye pokarmowe widzieli i opisywali, a Freund wprost wspomina o możliwości przejścia glikozuryi pokarmowej w moczówkę cukrową.

W rozprawach Natanson zaznaczył, iż nie spostrzegał ciąży u chorych, dotkniętych cięższą postacią cukromoczu, natomiast często względnie widywał zjawienie się cukru wraz z acetonem u ciężarnych. Ze względu na ilość cukru oraz obecność acetonu, kwasu acetooctowego, a nawet oxymasłowego, N. uważa te przypadki za diabetes mellitus sensu strictiori. We wszystkich przypadkach odpowiednie pożywienie dawało dobre wyniki, tak iż N. pozwalał nawet chorym karmić dzieci i żadnych z tego powodu zaburzeń nie spostrzegał.

W dwu przypadkach po stosowaniu pożywienia przeciwcukrzycowego, po zniknięciu cukru zjawił się w moczu aceton, co wymagało powrotu do pożywienia mieszanego, a więc podawania pokarmów mącznych, a nawet cukru.

Dla wyjaśnienia przyczyn występowania cukromoczu podczas ciąży N. przytacza przypadek, spostrzegany wspólnie z Zielińskim Edwardem. Chora, pierwiastka, podczas ciąży cukru w moczu nie miała. Poród kleszczowy, przebieg połogu quo od genitalia prawidłowy. Natomiast mocz czwartego dnia po porodzie wykazał znaczne ilości białka i cukru. Białko zależne było od obfitej ilości ropy, pochodzącej z miedniczek nerkowych. Pożywienie antydiabetyczne umiarkowane usunęło cukier szybko, później zaś nieco znikło i białko. Wielokrotnie badany w następstwie mocz był zawsze prawidłowy, raz tylko w czasie silnego rozwolnienia i ścisłej z tego powodu dyety znaleziono małe ilości acetonu.

Jednoczesne wystąpienie w tym przypadku pyelitidis i diabetis nasuwa myśl, że mieliśmy do czynienia z przekrwieniem nerek i trzustki, gdyż o zastoju żylnym z powodu utworzenia się skrzepów mowy być nie mogło. N. podaje ten przypadek, gdyż widzi w nim pewną analogię z warunkami krążenia podczas ciąży i sądzi, że i w ciąży mogą zachodzić zmiany w trzustce, wywołujące cukromocz.

J. Jaworski, z powodu opisu przypadku zaznacza, że zarówno cukromocz, a tembardziej moczówka cukrowa u ciężarnych jest zagadnieniem interesującem i ważnem nietylko w patologii ciąży, lecz ze względu na poród, połóg i okres karmienia dziecka. Powikłanie to wywiera duży wpływ na losy matki i płodu.

Skoro kobieta, cierpiąca na moczówkę cukrową, którą wypada ściśle odróżniać od cukromoczu podczas ciąży, najczęściej przemijającego po rozwiązaniu, zachodzi w ciążę, zwykła ronić 1 raz na 3 przypadki. Nasilenie w moczówce przychodzi zwykle około 5-go miesiąca. Bardzo częste bywają przypadki zejść śmiertelnych po porodzie na skutek gruźlicy lub śpiączki cukrzycowej. Przeszło 40% noworodków, urodzonych w tych warunkach, umiera wkrótce. Również dziedziczność, w etiologii moczówki

cukrowej u dzieci, odgrywa wybitną rolę. Na 111 przypadków w 11 stwierdzono u rodziców lub u przodków cukrzycę: są jednak przypadki moczówki u kilkorga dzieci, gdzie rodzice byli zdrowi.

Mówca zgromadził dane powyższe, gdy pisał w r. 1894 rozprawę „O moczówce cukrowej u 1 rocznego dziecka". Istnieje opis przypadków, wprawdzie dotychczas nielicznych, gdzie stwierdzono obecność cukru w wodach okołopłodowych, gdzie zatem istniało zaburzenie w krwiobiegu łożyskowym i przejście cukru z ustroju matczynego w dziecięcy. W krwi i moczu matki, a u płodu w krwi, w pęcherzu moczowym, w mięśniach, w wątrobie, w wodach okołopłodowych, w łożysku i w naczyniach pępowiny znaleziono cukier.

Jest to jaskrawym dowodem, jak głębokie i ważne zmiany zachodzą u kobiety ciężarnej z moczówką cukrową w jej ustroju, co do utraty zdolności assymilowania cukru. Zdaje się wynikać z tego, że kobiety, u których niewątpliwie istnieje moczówka cukrowa, powinny unikać zachodzenia w ciążę, a także w razie zajścia i urodzenia dziecka, z powodów wyżej wyłożonych, a wbrew temu co powiedziano w dyskusyi—nie karmić dziecka piersią.

Zjawisko, o którem wspomina Natanson, co do którego ma wątpliwości, jest znane, a nawet istnieje niedawny opis przypadku, o ile mówca pamięta, przez Ewelta, gdzie istniał uporczywy cukromocz, warunkowany uciskiem guza jamy brzusznej na przewód Wirsunga. Dotyczyło to kobiety, u której rozpoznano ciążę, następnie zmieniono rozpoznanie i wykonano operacyę — usunięcie guza nierównego, ruchomego, którego części oddzielne, balotujące, przypominały części drobne i główkę. W 8 dni po operacyi, pomimo niezachowywania pożywienia antydiabetycznego, cukier z moczu zupełnie znikł. Tutaj więc cukromocz zależał od ucisku przez guz przewodu wyprowadzającego trustki.

Co do sprawy, poruszonej przez mówcę, przerywania ciąży u diabetyczek, mówca jest zdania, iż pytanie to ma doniosłe znaczenie praktyczne, ze względu na wyjątkowo niekorzystne warunki wogóle operowania u osób tych.

Diabetyczka wogólności jest istotą niejako oddaną na pastwę wpływom pasożytniczym. Pada ona ofiarą prawie równie często jakiegoś zakażenia, jak zwykłego charłactwa moczówkowego.

Dawniejsze znane w nauce doświadczenia Bujwida przekonywają, że obecność cukru w tkankach tak samo sprzyja rozwojowi bakteryj ropotwórczych, jak to ma miejsce in vitro. Znamy wszyscy owe diabetydy — zmiany w skórze, niekiedy na błonach śluzowych, pochodzenia pasożytniczego. Stąd słuszna obawa operowania diabetyków. Mówca przypomina sobie między innymi przypadek moczówki cukrowej u położnicy, który również zna dokładnie Zwejgbaum, gdzie po zwykłych uszkodzeniach podczas porodu kleszczowego nastąpiło bardzo ciężkie zakażenie połogowe z powikłaniami poważnemi, bardzo długo trwające. Osoba ta, po latach, i dziś cierpi na diabetes i ratuje się kuracyą karlsbadzką. Jaworski jest zdania, że w razie konieczności operowania ciężarnej diabetyczki, powinno

się, w celach zapobiegawczych, stosować in dosi refracta seroterapię przeciwpaciorkowcową. Istotnie—z tych kilku przypadków diabetu u rodzących, które mówca spostrzegał, w jednym, gdzie nie mógł się obyć bez rękoczynu operacyjnego, zastosował surowicę Marmorka i powikłań nie widział. Francuzi wogóle w operacyach wszelakich u diabetyków, nawet w zdejmowaniu zaćmy, stosują surowicę przeciwpaciorkowcową.

W końcu Jaworski nadmienia, że niedawno ukazała się praca doświadczalna w Arch. de Pharmacologie o wpływie cukru na wydzielanie mleka, która pozostaje w związku z omawianą sprawą. Autor Piantoni (z Rzymu) wstrzykiwał ciężarnej kozie na krótko przed rozwiązaniem roztwory cukru, głównie mlecznego. 1 grm. podnosił produkcyę mleka; 2 grm. zmniejszały otrzymaną ilość mleka i % cukru, a także tłuszczu; wogóle mleko ubożało w zawartość tłuszczu; sernik zostawał bez zmiany. Po 3 grm. nadto występowała polyuria i cukier w moczu. Stąd wnioski: zwiększone ilości cukru działaja deprymująco na komórki gruczołów piersiowych, podczas gdy małe ilości cukru pobudzają komórki, wskutek czego produkcja mleczna się zwiększa. Chcąc przestać działać hamująco na produkcję mleka, należy podawanie cukru usunąć.

Lebensbaum — odnośnie postępowania lekarskiego w przypadkach cukromoczu u ciężarnych—zaznaczył, iż w zasadzie jest zwolennikiem metody wyczekiwania, opierając się na doświadczeniu z własnych obserwacyj.

Leśniowski zabierając głos w sprawie, poruszonej przez Z., zaznacza, że chodzi mu nie o stronę kliniczną tej sprawy, lecz o stronę teoretyczną, mianowicie — jaki stosunek łączy zjawienie się cukrówki z ciążą, jakie organy ulegają tu zaburzeniom. Przypomina wynik doświadczeń, wykonywanych na nerkach; podwiązywanie moczowodu jednej nerki wywoływało na drodze zwrotnej zupełny bezmocz, który trwał do 48 godzin, następnie zaś zaczął wypływać mocz, zawierający cukier. Co się tyczy objaśnienia, podanego przez Natansona, że w jego przypadku zarówno białko jak i cukier możnaby objaśnić zastoiną żylną zresztą krótkotrwałą—to L. wątpi, by objaśnienie to było trafne, albowiem, dopiero bardzo poważne zaburzenia w budowie trzustki, prawdopodobnie uszkodzenie wysepek Langerhansa, prowadzi do zjawienia się cukru w moczu.

ST. CYKOWSKI.

Posiedzenie 28 stycznia 1910 r.

J. Czarkowski przedstawił 35-o letnią chorą K., wyleczoną po operacyi brzusznej, wykonanej przed ośmiu tygodniami z powodu gruczolaka torbielowatego dośrodkowego śluzakowatego (Cystadenoma invertens colloideum) i odnośny okaz usuniętego guza. Przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że przed półtora rokiem na tej samej chorej była już wykonana operacja brzuszna przez jednego z bardzo doświadczonych ginekologów i wtedy już przypadek ten został uznany jako inoperabilis i poprzestano na próbnem cięciu brzucha. Wkrótce po operacyi Czar. badał chorą i po wypuszczeniu trójgrańcem 15 litrów krwawego płynu, wymacywał

guz, wypełniający miednicę i wystający cokolwiek ponad spojenie łonowe. Guz miękkawy, o kształtach nierównych, bardzo mało ruchomy, zdawał się być przymocowany do lewej ściany miednicy. Macica, zlana z guzem, nie dawała się dokładnie wymacać Z wywiadów od chorej nie rodzącej, z normalnymi od 15 roku perjodomi, trzeba zaznaczyć, że guz nosi w sobie od lat 6. Guz na razie nie sprawiał żadnych dolegliwości, a dopiero od kilku miesięcy chora doświadcza bólów, uskarża się na ogólne osłabienie i szybkie powiększanie się brzucha. Na proponowaną wtedy wtórną operacyę chora nie zgadzała się i dopiero po upływie roku zgłosiła się ponownie w stanie daleko posuniętego charłactwa. Przez cały rok ostatni chorej co jeden, dwa miesiące wypuszczano płyn z brzucha — charakter płynu zmienił się z krwawego na ciemno-żółty. Badanie chorej poprzez płyn, wykazało obecność guza o kształtach nierównych, sięgającego powyżej spojenia łonowego na szerokość 4 poprzecznych palców i wypełniającego całą miednicę małą i dużą. W uśpieniu chloroformowem — Cz. wykonał operacyę, otwierając jamę brzuszną cięciem w smudze. Po wylaniu się ogromnej ilości płynu, uwydatnił się guz kalafiorowaty, zrośnięty z kiszkami, pęcherzem i otrzewną ścienną w pobliżu spojenia łonowego. Wobec braku przerzutów na kiszkach i otrzewnej (ta ostatnia była usiana matowemi plamkami) zdecydowano się na doszczętne usunięcie guza, które acz z wielkiemi trudnościami udało się w zupełności. Jednocześnie usunięte zostały obydwa jajowody, wtopione w guzy i zdjęta otrzewna ścienna na znacznej przestrzeni z lewej strony małej miednicy. Wobec znacznego oddarcia otrzewnej, powłoki brzuszne zespolono częściowo, wprowadzając paski gazy do małej miednicy. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Chora obecnie czuje się zdrową. Puchliny brzusznej ani śladu. Żadnych guzów ani zgrubienia nie daje się wymacać.

Guz składa się z ogromnej liczby samoistnych torbieli, wypełnionych płynem śluzowym. Na wewnętrznej powierzchni torbieli widzimy rozrosty brodawkowate, które przerastają ściany torbieli i tworzą takie same narosty nazewnątrz, a, zlewając się razem, robią wrażenie kalafiorow.

Badanie guza, wykonane przez kol. Dmochowskiego, stwierdziło, że są to gruczolaki torbielowate, dośrodkowe, śluzowate.

Torbiele takie rozwijają się w tych razach, kiedy czynność wydzielnicza komórek wyściełających ściany torbieli jest stosunkowo nieznaczna, podczas gdy zdolność do bujania występuje bardzo wybitnie. Ściany torbieli i brodawki są pokryte wysokim nabłonkiem cylindrycznym, kielichowatym. Brodawki są to twory szaro-czerwone miękkie i kruche, składają się z luźnej tkanki łącznej, zawierającej dużo naczyń. Torbiele takie są rzadkie; należą do tworów złośliwych, dają przerzuty, a właściwie zaszczepiają się na narządach sąsiednich. Każdy gruczolak torbielowaty może z czasem przeistoczyć się w rzeczywistego raka. Wobec tego każdy podobny przypadek winien być operowany jak najwcześniej i jak najdokładniej, a nawet w razach zaniedbanych, gdy niema jeszcze przerzutów, nie cofać się przed ciężkością zabiegu. Podobny temu przypadek Cz. operował przed trzema laty i chora pozostaje do chwili obecnej bez nawrotów zupełnie zdrowa.

(Streścił mówca).

Lorentowicz zaznacza, że pomiędzy cystadenoma invertens, lub cystoma—papillare et glaudulare, w pierwszych okresach tworzenia się guza pod względem anatomo-patologicznym, niema wybitnej różnicy. I tu i tam na ścianach małych torbieli widzimy wachlarzowate i brodawkowate wyniosłości nabłonka. W późniejszych okresach obraz zmienia się zależnie od tego, czy przeważa czynność wydzielnicza, czy rozrodcza komórek. W piewszym przypadku mieć będziemy cystadenoma evertens s. glandulare: rozszerzanie się na jej powierzchni nowych torbieli; w drugim cystadenoma evertens — s. papillare — t. j. tworzenia się na ścianie torbieli licznych brodawkowatych wyniosłości nabłonkowych, na podłożu łączno-tkankowem osadzonych. Te bujania brodawkowate nabłonka mogą wypełnić całą jamę torbieli, przerastać jej ścianę, sadowić się na zewnętrznej powierzchni torbieli, cząsteczki ich mogą odrywać się od pnia macierzystego i rozsiewać po otrzewnej i najbliższych narządach.

Tak bywa w cystadenoma serosum invertens, stojącym na pograniczu pomiędzy dobrotliwymi i złośliwymi guzami. Lecz, jak doświadczenie uczy, cząsteczki te mają krótki bardzo żywot: komórki ich nie przenikają w głąb tkanek, na których usadowiły się, czas jakiś tylko żyją energją przyniesioną z pnia macierzystego i wkrótce obumierają; na miejsce obumarłych zjawiają się coraz to nowe elementy guza.

Janczewski Stefan przytacza dwie historye chorób operowanych przez się chorych, oraz okazy. 1) Chora 22 lat, panna, miesiączkująca prawidłowo, zawsze była zdrową; przed 2—3-ma tygodniami poczuła raptem silny ból w brzuchu, zjawiły się wymioty, zaparcie stolca, zapaść, wszelkie objawy zajęcia otrzewnej. Znaleziono guz twardy wielkości głowy nowonarodzonego dziecka, mało ruchomy, bolesny, wypełniający jamę dużej miednicy; macicy i przydatków nie można było wyczuć, ciepłota cokolwiek podniesiona, brzuch cały lekko wzdęty i bolesny. Wobec tych danych i wywiadów zdawało się, że mamy niewątpliwie do czynienia z guzem jajnika ze skręconą szypułą. Tymczasem po otwarciu brzucha przekonano się, że guz omawiany był włókniakiem sieci z szypułą długości około 40—50 cmt, kilkanaście razy okręconą dookoła swej osi; szypuła grubości palca ku górze zwężała się; tworzące ją grube naczynia wraz z siecią znikały i rozchodziły się w resztkach sieci tuż przy poprzecznicy. Z jamą dużej miednicy i ze ścianą brzucha guz był lekko zrośnięty, jajniki prawidłowe na swoich miejscach. Technicznie operacya była bardzo prostą: cztery podwiązki na szypułę i trzypiętrowy brzuszny szew. Drobnowidzowe badanie guza wykazało budowę włókniaka, z licznemi gniazdami, uległemi już martwicy. Przebieg pooperacyjny bez zarzutu, w 2 tygodnie chora opuściła szpital.

2) chora lat 31, dwa razy pomyślnie urodziła, obecnie jest w połowie 5-ego miesiąca ciąży, od miesiąca pojawiły się krwawe plamy, upławy i bóle w krzyżu. Znaleziono raka części pochwowej macicy, przechodzącego już na tylne sklepienie pochwy; przymacicza wolne, macica ruchoma i nieźle ściągalna. Raka wyskrobano i wypalono żegadłem Paquelina a po upływie 10 dni przystąpiono do doszczętnej operacji. Po otwarciu brzucha

zaszyto i dokończono operacyi przez pochwę, wycinając kawał pochwy, szerokości dwóch palców. Zadziwiające było, z jaką łatwością, pomimo nastręczających się uprzednio wątpliwości, dała się macica (w 5-ym miesiącu) wyciągnąć, bez opróżnienia swej zawartości, przez względnie dosyć wązką pochwę: wydłużyła się jak kiszka i bez najmniejszego naruszenia swojej całosci wraz z przydatkami została wyjętą. -- Przebieg pooperacyjny dobry, w cztery tygodnie chora opuściła szpital.

(Streścił mówca).

Lorentowicz przedstawił okaz włókniaka trzonu macicy 45 tetniej wieloródki, usuniętego cięciem nadpochwowem.

Przydatki maciczne w przedstawionym okazie były zupełnie wolne; nie przedstawiały śladów jakiejkolwiek sprawy zapalnej. Drugi przypadek (Graviditas tubaria sinistra. Ruptura tubae. Haematocele retrouterina), dotyczy 33-letniej kobiety, zamężnej od lat 12, która urodziła dwukrotnie, ostatni raz przed 10-ma laty. Poroniła raz jeden przed 5 laty. Od lat 10 t. j. od ostatniego porodu chora skarżyła się, oprócz długotrwałych peryodów, na bardzo dokuczliwe bóle w lewem podżebrzu, wzmagające się po każdym większym ruchu, zwłaszcza chodzeniu.

Po dwumiesięcznem zatrzymaniu miesiączki, chora dostała krótkotrwałego krwotoku, a następnie nieznacznego krwawienia z macicy, które trwało tydzień. 8-go dnia wystąpiły raptowne bóle skurczowe w lewem podbrzuszu, powtarzające się co kilka minut, do których przyłączyło się wkrótce ogromne wzdęcie brzucha i parcie w kiszce stolcowej. Mimo to chora jeszcze dni kilka nie kładła się do łóżka. Dopiero kiedy po zastosowaniu bardzo gorących okładów, z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego, stan chorej pogorszył się znacznie — zmuszona była położyć się, a następnego dnia przewiezioną została do szpitala Ś-go Ducha. Chora nie zemdlała ani razu. Badanie wykazało: chora dobrze odżywiona. Powłoki skórne z lekkim odcieniem żółtawym. T. 108 C. 37,8. Brzuch mocno wzdęty. W dolnej części brzucha przez powłoki brzuszne wyczuwa się guz miękawy, bez zupełnie wyraźnie zaznaczonych obrysów, większym odcinkiem w lewei połowie umieszczony. Górna granica na 2 poprzeczne palce poniżej pępka. Pochwa znacznie zwężona wskutek wypuklenia tylnej ściany guzem, wypełniającym całą jamę Donglasa, z drudnością przepuszcza jeden palec. Macica uniesiona ku górze i przyciśnięta do przedniej ściany brzucha, część pochwowa dosięga górnej granicy spojenia łonowego.

Chora zrazu na cięcie brzuszne zgodzić się nie chciała. L. zaś uważał otworzenie jamy otrzewnej przez tylne sklepienie za nieprowadzące do celu, wobec ogromnych rozmiarów krwisteku i bardzo prawdopodobnej niemożności usunięcia wszystkich skrzepów, i wysoko umieszczonego jajowodu, a przytem bardzo niebezpieczne ze względu na możność wprowadzenia zakażenia ze strony pochwy. Wreszcie chora wobec ciągle powtarzających się bólów i zwiększającego się parcia w kiszce stolcowej i pochwie— zgodziła się na cięcie brzuszne. L. dokonał go wobec ciepłoty 38.4^0. Po rozerwaniu torebki krwisteku, której górną granicę stanowiło dno macicy

zlepione z esicą, usunięto ogromną ilość skrzepów krwi, zmienione jaje płodowe, następnie wycięto klinowato z macicy ciężarnej jajowód lewy i jajnik ze świeżem ciałkiem żółtem. Prawe przydatki były zmienione chorobowo. Ze względu jednak na młody wiek chorej, na obawę zakażenia zawartością jajowodu, pozostałych w jamie otrzewnej drobnych skrzepów krwi — przydatków prawych nie ruszano. Powłoki brzuszne zeszyto na głucho, szwem 4-o piętrowym.

Przebieg pooperacyjny pomyśiny; było jednokrotne podniesienie ciepłoty do 39^0, które zniknęło po zastosowaniu środka czyszczącego.

W przypadku omawiawym ciąża jajowodowa powstała niewątpliwie na tle uprzednio przebytego zapalenia macicy i jajowodów.

(Streścił mówca).

Stankiewicz Czesław przedstawia: 1) opatrunki ginekologiczne, wyrobu francuskiego, wyjałowione parą bieżącą pod ciśnieniem czterech atmosfer i opakowane hermetycznie w pudełkach blaszanych; 2) nogawki z grubego płótna, pomysłu Faure'a, dla przykrycia nóg w czasie zabiegów ginekologicznych; 3) rozmaite materyały do szycia, w stanie jałowym, przygotowane sposobem fabrycznym, w rurkach zatopionych, 4) pałeczki blaszeńca (laminaria) wyjałowione; 5) kulki pochwowe, t. zw. aseptovules, z tigenolem, w stanie jałowym, w skorupie cynowej; 6) gotowe tampony z ichtyolem, wyjałowione; 7) pas indyjski, t. zw. gurita, zalecany przez Stratza w połogu. 8) Mały przenośny transformator do prądu zmiennego, pomysłu Louisa i Loewensteina, umożebniający wykonywanie cystoskopii wszędzie, gdzie istnieje prąd elektryczny. 9) Cewniki moczowodowe do radiografii moczowodów. 10) Małe instrumentarium do zabiegów wewnątrzpęcherzowych.

(Streścił mówca).

Odnośnie pokazu kol. Stankiewicza materyałów opatrunkowych i przyborów operacyjnych wyjałowionych i zalutowanych hermetycznie w blaszanych puszkach, jakie dostarcza zakład H. Carrion et Cie w Paryżu, Zaborowski przestrzega, że ufać tym fabrykom zbytnio nie należy.

Neugebauer przedstawił: zwłoki żeńskiego zrośłaka donoszonego, martworodzonego. Okaz przesłał Neugebauerowi kolega Podgórski z Wysokiego Litewskiego. Płód ten, monstrum duplex-thorakopagus, pochodzi od 26 letniej mężatki, która pierwsze dziecko urodziła pomyślnie. Obecnie w 24 godziny po rozpoczęciu porodu wezwano kolegę Podgórskiego, który zastał główkę płodu i rączki już urodzone.

Gdy pociągając natrafił na opór, wprowadzil rękę do macicy i tam wymacał trzecią rączkę, oraz jakieś ciało miękkie, wychodzące z boku tułowia dziecka, którego główka już się urodziła: rozpoznał zatem monstrum duplex i, pragnąc ocalić potwór, nie dokonał embryotomii, lecz starał się wydobyć płód w całości, co też udało się bez wielkich trudności. Po porodzie pozostała przetoka moczowa, pęcherzowo-pochwowa, zaszyta następnie w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Thorakopagus posiada jedną wspólną pępowinę. Połączenie płodów sięga od pępka do rękojeści mostka. Każda z dziewczynek ma wargę za-

jęczą, jedna po stronie lewej, druga po prawej. Jedna z główek, ta, która pierwsza urodziła się, jest sina i nabrzmiała, druga zupełnie blada.

II. Trzy fotografie nowego spostrzeżenia mylnego określenia płci z praktyki doktora Marcusego w Berlinie. Hypospadiasis peniscrotalis stała się przyczyną mylnego określenia płci chłopca, wychowanego za dziewczynę.

III. Fotografię pacyentki o guzie desmoidalnym przedniej ściany brzucha. Fotografia, zdjęta w pozycyi stojącej o pochylonej ku dołowi głowie, charakterystycznie uwydatnia wypuklenie się guza nazewnątrz wskutek skurczenia się mięśni brzucha, co jest ważnym znakiem dla różniczkowego rozpoznania, czy mamy do czynienia z guzem wewnątrzbrzusznym lub też z guzem ściany brzucha.

IV. Rysunek organów płciowych zewnętrznych 24 letniej panny z zarośnięciem prawie całkowitem szpary sromowej, nabytem wskutek błonicznych owrzodzeń sromu w 4-ym roku życia. Nie widać ani śladu narządów zewnętrznych, a tylko twardą białawą bliznę z okrągłym otworem pośrodku, przepuszczającym cewnik. Zgłębnik wprowadzony przez otwór, po za zrostem warg sromowych, swobodnie kieruje się ku górze i ku dołowi, z czego N. wnioskował, że zrost dotyczy wyłącznie szpary sromowej. Po przecięciu twardej, grubej 6 mill., blizny, od wymienionego otworu ku górze i ku dołowi, N. wyciął całą twardą bliznę po prawej i po lewej stronie cięcia pionowego. Widać wtedy było ujście cewki oraz ujście pochwy. N. wtedy szeregiem szwów spoił śluzówkę pochwową z brzegami rany skórnej. Ujście pochwy wpuszcza obecnie wziernik do głębi pochwy. Nie znaleziono ani śladu małych warg po przecięciu zrośnięcia, co dowodzi, że zrost dotyczył większych i mniejszych warg sromowych. Co do łechtaczki, to zaledwie pozostał widoczny ślad żołędzi oraz napletka. Mocz dawniej ściekał do pochwy, obecnie ujście cewki sterczy widocznie na zewnątrz. Miesiączki prawidłowe. Operacyi N. dokonał dla umożliwienia małżeństwa. Zarośnięcia tego rodzaju są dosyć rzadkie. N. często widuje t. zw. conglutinatio labiorum pudendi u małych dzieci, gdzie zrost ten zwykle na tępo usunąć się daje, rozciąganiem warg na boki, lub zgłębnikiem zwykłym. Jeżeli zaś takiego zlepu nie usunąć za wczasu, może on wywołać obraz podobny do powyżej opisanego. Dziewczynka o takiej conglutinatio labiorum zwykle miewa dolegliwości przy oddawaniu moczu, co zwraca uwagę matki i wporę sprowadza małą pacyentkę do lekarza.

(Streścił mówca).

L. LORENTOWICZ.

BIBLIOGRAFIA.

Dyagnostyka anatomo-patologiczna. Część II. Jama brzuszna, napisał Dr. med. *Zdzisław Dmochowski*, prosektor Uniw. Warsz. (Wydano przy współudziale Kasy Pomocy dla osób, pracujących na polu naukowem, imienia dr. Józefa Mianowskiego). Warszawa 1909.

Zgodnie z planem i zapowiedzią, wyrażoną w przedmowie do części pierwszej swego dzieła, obejmującej dyagnostykę anatomo-patologiczną klatki piersiowej (Warszawa 1903 r.), obdarzył nas autor obecnie częścią drugą, która zawiera jamę brzuszną. Stanowi ona tom wielki o pięknej szacie zewnętrznej, liczący 1000 stron druku z 478 wybornie wykonanymi rysunkami, w ogromnej większości według własnych preparatów. Niepodobna jest omówić tu choćby najbardziej powierzchownie obfitej treści tej książki, treści, wyczerpującej całokształt zjawisk chorobowych, spostrzeganych na sekcyi w narządach jamy brzusznej, a mimo to ułożonej bardzo zwięźle i przejrzyście i to w sposób zupełnie oryginalny. Całość składa się z 31 rozdziałów, z których pierwszy opisuje ogólną technikę badania sekcyjnego jamy brzusznej, pozostałe zaś rozpatrują kolejno zmiany chorobowe we wszystkich narządach brzusznych. Przesuwają się więc przed naszemi oczyma po kolei: otrzewna, śledziona, nadnercza, nerki, miedniczki nerkowe i moczowody, pęcherz moczowy, cewka moczowa, gruczoł krokowy, prącie, pęcherzyki nasienne i nasieniowody, jądra wraz z najądrzem i otoczkami, powrózek nasienny, srom niewieści, pochwa, macica, jajowody, jajniki, odbytnica, żołądek i dwunastnica, więzadło wątrobowo-dwunastnicze, wątroba, pęcherz żółciowy, trzustka, zwoje trzewne, krezka, kiszki, — wreszcie przewód piersiowy i przepona, przyczem każdy z tych rozdziałów rozpoczyna krótkie omówienie postępowania sekcyjnego co do danego narządu, które, jak wiemy, jest rzeczą bardzo ważną i częstokroć rozstrzygającą w rozpoznawaniu zachodzących tam zmian chorobowych.

Zaznaczyć należy szerokie uwzględnienie przez autora badań mikroskopowo-histologicznych omawianych spraw, które ilustruje pięknie szereg pouczających rysunków z preparatów drobnowidzowych. Podkreśla tem autor konieczność ścisłego związku badań sekcyjnych z badaniem mikroskopowem, dzięki któremu dopiero dyagnostyka anatomo-patologiczna zyskuje pewność i ścisłość naukową.

W Dyagnostyce Dmochowskiego mamy dzieło niepośledniej wartości; nie jest to tylko podręcznik dla studentów, uczących się do egzaminu, lecz źródło wielu wskazówek naukowych, do którego każdy lekarz zawsze z korzyścią zaglądać będzie. Takie, naprzykład, działy, jak opracowany pięknie rozdział o położeniu trzew, przepuklinach, wgłobieniach, zawęźleniach jelit, o kiszce ślepej i wyrostku robaczkowym, o pęcherzyku żółciowym i wiele innych, winny być z uwagą i pożytkiem przestudyowane przez każdego z chirurgów.

Język w całej książce naogół zupełnie poprawny; drobiazgowy pedantyzm wykryłby tu i owdzie drobniejsze uchybienia językowe, wynikłe z „osłuchania się“ z językiem obcym, lecz te nie zaważą na szali oceny ogólnej. Pod tym względem, co z uznaniem i przyjemnością podkreślam, książka obecna stanowi wielkie plus w porównaniu z wydaną poprzednio częścią I-ą.

I jeszcze jedno podnieść muszę, coś bardzo dodatniego i miłego, to dedykacya pamięci profesora Włodzimierza Brodowskiego, któremu dzieło swe autor poświęca. W nienormalnych warunkach naszej szkoły lekarskiej w Warszawie tak mało w ciągu studyów doznawaliśmy opieki i rzetelnego kierunku naukowego ze strony naszych pedagogów, tak bardzo niewiele ich staraniom zawdzięczamy naszej wiedzy, z takim trudem musieliśmy uzupełniać liczne w niej braki, — że te nieliczne wyjątki, do których należał ś. p. Brodowski, na tem większą zasługują z naszej strony wdzięczność i pietyzm, którym tak piękną postać nadał autor Dyagnostyki. W naszem ubogiem nad wyraz piśmiennictwie podręcznikowem lekarskiem dzieło Dmochowskiego stanowi zjawisko wyjątkowe i ze wszech miar pożądane, za które winniśmy mu szczerą wdzięczność i uznanie.

PROF. L. KRYŃSKI.

NADESŁANO DO REDAKCYI.

Prywat-docenta D-ra B. Kozłowskiego: Trawmaticzeskija zabolewania wnutrennich organow pri całosti narużnych pokrowow, Kiew. 1909.

OD REDAKCYI.

Z daru bezimiennego Redakcya ogłasza niniejszem konkurs na najlepszą pracę doświadczalną oryginalną z dziedziny, pozostającej w ściślejszym związku z chirurgią.

Warunki konkursu:

1. Konkursem będą objęte prace, złożone w Redakcyi w rękopisie najpóźniej d. 30 czerwca 1911 r.

2. Autor najlepszej rozprawy otrzyma 100 rs.

3. Praca, nagrodzona na konkursie, będzie wydrukowana w „Przeglądzie chirurgicznym i ginekologicznym“ na zwykłych warunkach.

4. Skład sądu konkursowego wyznaczy komitet redakcyjny „Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego“.

Redaktor **A. Leśniowski.** Wydawca **C. Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.

TREŚĆ ZESZYTU I TOMU II.

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY i GINEKOLOGICZNY

(REVUE DE CHIRURGIE ET DE GYNÊCOLOGIE)

JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS

paraissant à Varsovie sous la rédaction du Dr. A. LEŚNIOWSKI.
Administration du Journal: Varsovie, 3 rue Złota. Dr. C. STANKIEWICZ.

SOMMAIRE DU Nr. 1 DU VOL. II.

Adres Redakcyi: **Warszawa, NOWOGRODZKA № 19, TEL. 24-38.**
Adres Administracyi: **Warszawa, ZŁOTA № 3. TELEFON 70-75.**

Warunki przedpłaty: Rocznie Rb. **6,** z przesyłką pocztową Rb. **7.** Zeszyt pojedyńczy Rb **2.** Zeszyt okazowy darmo i opłatnie.